



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

ЕВРОПЕЙСКИЙ РЕГИОНАЛЬНЫЙ КОМИТЕТ
ШЕСТЬДЕСЯТ ПЯТАЯ СЕССИЯ

Вильнюс, Литва 14–17 сентября 2015 г.



© Jonathan Smith/Getty Images

Итоговый доклад о ходе реализации положений Таллиннской хартии – резюме



Рабочий документ



Итоговый доклад о ходе реализации положений Таллиннской хартии – резюме

Европейская министерская конференция ВОЗ "Системы здравоохранения – здоровье – благосостояние", которая прошла в Таллинне (Эстония) 25–27 июня 2008 г., стала важной вехой в укреплении систем здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ. На ней была принята Таллиннская хартия, впоследствии утвержденная Европейским региональным комитетом ВОЗ в резолюции EUR/RC58/R4. Таллиннская хартия стала важным логическим продолжением принятия в 1996 г. Люблянской хартии по реформированию здравоохранения в Европе. За Таллиннской хартией последовал ряд совещаний в Осло (Норвегия), на которых государства-члены вырабатывали стратегию своих ответных мер в связи с финансовым кризисом, разразившимся вскоре после подписания Хартии.

В резолюции об утверждении Таллиннской хартии директору Европейского регионального бюро ВОЗ предлагалось в 2015 г. представить Региональному комитету итоговый отчет о том, какая поддержка была обеспечена Региональным бюро и каких успехов достигли государства-члены в контексте обязательств, принятых на Конференции. Процесс подготовки отчета осуществлялся под руководством группы государств-членов, работающей в тесном взаимодействии с Отделом систем здравоохранения и охраны общественного здоровья. В основу отчета легли интервью, исследование документов и анализ полученных от каждого из государств-членов ответов на вопросник.

Указанный вопросник учитывался также при подготовке документа EUR/RC65/13 "Приоритетные задачи в области укрепления систем здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ на 2015–2020 гг. Ориентация на нужды людей: от слов к делу". Укрепление систем здравоохранения и охрана общественного здоровья – ведущие принципы основ европейской политики здравоохранения – политики Здоровье-2020, принятой Региональным комитетом в 2012 г. Политика Здоровье-2020 закрепляет ценности, принципы и цели Таллиннской хартии и стимулирует политические усилия, направленные на повышение приоритетности вопросов здоровья в повестке дня государственных органов, с особым вниманием к социальной справедливости, всеобщему охвату услугами здравоохранения, прозрачности, сбалансированному развитию, улучшению показателей здоровья, оказанию социально ориентированной и согласованной/комплексной помощи на базе первичного звена, а также к основным возможностям здравоохранения. Она продвигает общегосударственный и общесоциальный подходы к охране здоровья и повышению благополучия людей, с акцентом на согласованность политики и ответственность за вопросы здоровья на всех уровнях.

В настоящем документе представлено резюме итогового доклада о реализации Таллиннской хартии. Полная версия итогового доклада, в которой приводятся немало конкретных примеров стран, сейчас в печати и скоро будет доступна на веб-сайте Регионального бюро.

Содержание

	стр.
Ключевые положения.....	3
Введение.....	5
Таллиннская хартия.....	5
Задачи, структура и методика	6
Контекст для реализации Таллиннской хартии.....	11
Обязательство 1 – Претворять в жизнь общие ценности солидарности, справедливости и общественного участия.....	14
Обязательство 2 – Инвестировать в системы здравоохранения и всемерно содействовать соответствующим инвестициям в других отраслях.....	16
Обязательство 3 – Развивать атмосферу гласности и прозрачности, повышать уровень подотчетности в отношении деятельности системы здравоохранения	17
Обязательство 4 – Повышать уровень отзывчивости систем здравоохранения к нуждам людей	20
Обязательство 5 – Вовлекать заинтересованные стороны в процессы формирования и реализации политики	22
Обязательство 6 – Всемерно содействовать международному обмену опытом и сотрудничеству	23
Обязательство 7 – Обеспечивать готовность систем здравоохранения к эффективному преодолению кризисных ситуаций.....	24
Выводы	26
Финансовые и экономические кризисы	26
Пятая годовщина подписания Таллиннской хартии	29
Путь вперед.....	30
Список литературы.....	33

Ключевые положения

1. Таллиннская хартия "Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния" (1) помогает структурам, осуществляющим управление системами здравоохранения – то есть министерствам здравоохранения – в Европейском регионе строить свои решения на твердой приверженности принципам солидарности, справедливости и коллективного участия. В числе главных ее успехов можно назвать понимание важности инвестиций в здоровье и в системы здравоохранения для блага всего общества, а также финансирования таких мер политики, которые учитывают потребности уязвимых групп населения, включая меры по расширению охвата и обеспечению и сохранению всеобщего характера прав граждан. Эти принципы поддерживает и политика Здоровье-2020, продвигающая общегосударственный и общесоциальный подходы к вкладу систем здравоохранения в улучшение показателей здоровья.
2. Таллиннская хартия, которая стала важным шагом вперед после принятия в 1996 г. Люблянской хартии по реформированию здравоохранения (2), всячески подчеркивает важность прозрачного, с полной подотчетностью, мониторинга деятельности систем здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ. Это в равной степени актуально для стран с высокими, средними и низкими доходами и отражается в различных инновациях и мерах по закреплению измерений и оценок, которые предпринимаются 53 государствами-членами. Отдел систем здравоохранения и охраны общественного здоровья в Региональном бюро продолжает поддерживать эту деятельность в рамках повестки дня политики Здоровье-2020.
3. В некоторых странах Региона наблюдается усиление ориентации на первичную помощь и услуги общественного здравоохранения. Вместе с тем, в интересах дальнейшего улучшения показателей здоровья такие действия должны быть ускорены, а также дополнены хорошим пониманием потребностей пациентов. Таллиннская хартия повысила значимость пациентов как заинтересованной стороны, а политика Здоровье-2020 поместила их в центр внимания.
4. Таллиннская хартия подчеркивает важность исходных показателей для повышения подотчетности систем здравоохранения, особенно – в отношении оказания услуг здравоохранения. Подобные меры свидетельствуют о смещении шкалы ценностей и повышении значимости пациента как заинтересованной стороны, помогая в реализации, в рамках политики Здоровье-2020, принципа социально ориентированной системы здравоохранения.
5. После подписания Таллиннской хартии огромное внимание стало уделяться вопросам финансирования здравоохранения, причем не в последнюю очередь – в связи с финансовым и экономическим кризисом. Некоторые государства-члены уже предприняли важные меры по надлежащему финансированию систем здравоохранения и обеспечению финансовой защищенности домашних хозяйств, но миллионы людей по-прежнему испытывают финансовые трудности при получении необходимых для них услуг здравоохранения. В связи с этим необходимы такие шаги, которые позволят сократить выплаты из личных средств пациентов. Политика Здоровье-2020, призванная быстрее улучшать показатели здоровья и снижать неравенства, представляет собой хорошую платформу для продвижения в Регионе всеобщего охвата услугами здравоохранения.

6. Многие страны достигли существенных успехов и в реализации политики в области кадровых ресурсов здравоохранения. В то же время, некоторым странам нужны дополнительные усилия по консолидации данных и планированию в области кадровых ресурсов, чтобы создавать целенаправленные стратегии в этой сфере, которые будут лучше отражать потребности и пациентов, и всего населения. Дополнительные усилия требуются для снижения изолированности некоторых профессий и приведения подготовки и квалификации, научных исследований и работы поставщиков услуг в соответствие с нуждами пациентов. Все эти задачи находятся в центре политики Здоровье-2020.
7. Государства-члены все лучше осознают потребность в отлаженных процессах установки приоритетов, которые позволят повышать эффективность и рациональность расходов на лекарственные средства и другие технологии здравоохранения. Во всем Регионе развивается методика оценки технологий здравоохранения (ОТЗ). В некоторых сферах перспективным направлением становится сотрудничество на межстрановом уровне, которое особенно актуально, например, в контексте высокой стоимости новых лекарственных средств. Политика Здоровье-2020 создает условия для того, чтобы технологии здравоохранения и фармацевтика также отражали потребности людей и учитывали инновации.
8. Таллиннская хартия всячески подчеркивает важность использования научных данных в принятии решений, особенно в целях сохранения справедливости, борьбы с неравенствами и обеспечения рациональных инвестиций в здоровье. Государства-члены продолжают действовать в этом направлении, но плановый сбор и применение дезагрегированной информации ведутся пока далеко не везде. Политика Здоровье-2020 прилагает немалые усилия по улучшению положения дел в этой области.
9. Таллиннская хартия призывает к обмену опытом между странами. В ответ на это Региональное бюро, используя свой мобилизационный потенциал, предоставляет необходимые возможности, вовлекает ключевых партнеров, укрепляет сети и создает процессы и инструменты для дальнейшего сотрудничества. Также Региональное бюро играет роль посредника в передаче знаний, оказывая прямую техническую помощь все большему числу стран и поддерживая деятельность Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. Отмечается, что Региональное бюро играет важнейшую для укрепления систем здравоохранения роль в помощи странам в продвижении ценностей Хартии и, таким образом, в выполнении целей политики Здоровье-2020.
10. Хотя во многих областях укрепления систем здравоохранения после принятия Хартии был достигнут ощутимый прогресс, дополнительные меры требуются для внедрения широкого системного мышления и соответствующих подходов к преобразованиям. Предусмотренные политикой Здоровье-2020 общегосударственный подход и принцип участия всего общества, а также улучшение стратегического руководства в интересах здоровья – перспективные пути для развития.
11. Меры по укреплению систем здравоохранения в Европейском регионе по-прежнему отражают ценности Таллиннской хартии. Главные принципы Хартии – солидарность, социальная справедливость, коллективное участие и подотчетность

за работу систем здравоохранения – указывают путь к укреплению ориентированных на нужды людей систем здравоохранения в контексте политики Здоровье-2020. В процессе консультаций с государствами-членами кадры здравоохранения, технологии, лекарственные средства и информация здравоохранения были названы ресурсами и факторами, необходимыми для дальнейшей работы Регионального бюро в двух главных стратегических направлениях: (i) преобразование услуг здравоохранения и их адаптация к вызовам XXI столетия; и (ii) переход к всеобщему охвату услугами здравоохранения во всем Европейском регионе, без разорительных выплат из собственных средств пациентов.

Введение

12. Европейская министерская конференция ВОЗ по системам здравоохранения "Системы здравоохранения – здоровье – благосостояние", прошедшая с 25 по 27 июня 2008 г. в Таллинне (Эстония), стала важной вехой в укреплении систем здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ. Конференция, принятие Таллиннской хартии и ее утверждение Европейским региональным комитетом ВОЗ в сентябре 2008 г. (резолюция EUR/RC58/R4) стали прямой реакцией на появление все новых свидетельств о том, что вложения в системы здравоохранения важны не только сами по себе, но также и напрямую способствуют улучшению здоровья населения и повышению экономического благосостояния, что, в свою очередь, благотворно влияет на социальное благополучие и стабильность (1). Важность Таллиннской хартии связана не только с тем значением, которое государства-члены придают системам здравоохранения и определению их целей, но и с необходимостью в регулярных оценках эффективности этих систем как инструмента гласности, подотчетности и постоянного совершенствования. Она воплощает в себе общую приверженность тем ценностям, которые лежат в основе укрепления систем здравоохранения.

Таллиннская хартия

13. Таллиннская хартия появилась как выражение приверженности государств-членов улучшению показателей здоровья и более рациональному использованию ресурсов в условиях изменения структуры потребностей и демографических сдвигов. Ее авторы преследовали три задачи: поставить вопрос о системах здравоохранения в центр политической повестки дня и внести вклад в развитие политического диалога в масштабах Европейского региона ВОЗ, выработать руководящие принципы для определения приоритетных направлений действий и сконцентрировать внимание на дальнейшем укреплении поддержки, которую оказывает ВОЗ государствам-членам. В Хартии сформулированы ценности и принципы, лежащие в основе развития систем здравоохранения в Европейском регионе, и выражается готовность государств-членов перейти от ценностей к практическим действиям. Главные тезисы Хартии:

- системы здравоохранения – это больше, чем оказание медицинской помощи, поскольку эффективно функционирующие системы содействуют как укреплению здоровья, так и росту экономического благосостояния людей;

- инвестиции в здоровье – это инвестиции в будущее развитие человеческого потенциала;
 - хорошо функционирующие системы здравоохранения являются для любого общества важнейшим условием для улучшения здоровья и достижения справедливости в отношении здоровья.
14. Таллиннская хартия предполагает выполнение семи обязательств:
- 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;
 - инвестировать в системы здравоохранения и всемерно содействовать инвестициям во всех отраслях, влияющих на здоровье, используя фактические данные, подтверждающие связи между социально-экономическим развитием и здоровьем;
 - развивать атмосферу гласности и прозрачности, повышать уровень подотчетности в отношении деятельности системы здравоохранения в целях достижения измеримых результатов;
 - повышать уровень отзывчивости систем здравоохранения к нуждам, запросам и ожиданиям людей, признавая их права, но также и ответственность по отношению к собственному здоровью;
 - вовлекать заинтересованные стороны в процессы формирования и реализации политики;
 - всемерно содействовать международному обмену опытом и развивать сотрудничество в области планирования и осуществления реформ здравоохранения на национальном и субнациональном уровнях;
 - обеспечивать готовность систем здравоохранения к эффективному преодолению кризисных ситуаций, оперативное сотрудничество между странами и выполнение Международных медико-санитарных правил.

Задачи, структура и методика

15. В итоговом докладе будут проанализированы и представлены построенные на Таллиннской хартии меры по укреплению систем здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ, с акцентом на те инициативы и направления, о которых сообщали сами государства-члены. В основе доклада лежит следующий вопрос: В какой мере обязательства, предусмотренные Таллиннской хартией, повлияли на укрепление систем здравоохранения силами государств-членов и Регионального бюро? Признавая, что напрямую приписать Таллиннской хартии достижение тех или иных результатов или целей политики не представляется возможным, авторы итогового доклада поставили перед собой следующие задачи:

- собрать и представить накопленные в Регионе знания и опыт в области интеграции обязательств, вытекающих из Таллиннской хартии;

- проанализировать эти знания и опыт с точки зрения того, как государства-члены повышают прочность и эффективность своих систем здравоохранения в соответствии с данными ими обязательствами;
- обеспечить точку для сравнения действий и инициатив государств-членов в Регионе, предпринятых в соответствии с Хартией, тем самым помогая заложить основу для планирования дальнейших направлений для укрепления систем здравоохранения в Европейском регионе.

16. В процессе сбора необходимых знаний и опыта со всего Региона были задействованы такие источники информации, как то: ответы, полученные в ходе консультации с государствами-членами с августа по октябрь 2014 г. на базе вопросника в интернете; целевой обзор специализированной литературы; полуструктурированные интервью с руководителями программ из всех отделов Регионального бюро.

17. Контролем за планированием, выбором рабочей методики и написанием итогового доклада занималась специальная группа представителей государств-членов (Бельгии, Германии, Казахстана, Норвегии, Словении, Соединенного Королевства, Франции и Эстонии). Эта группа провела ряд совещаний: на Шестьдесят седьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в Женеве (Швейцария) в мае 2014 г., в ходе шестьдесят четвертой сессии Европейского регионального комитета ВОЗ в Копенгагене (Дания) в сентябре 2014 г. и на двух мероприятиях по случаю четвертого совещания Постоянного комитета Европейского регионального комитета двадцать второго созыва перед открытием Шестьдесят восьмой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае 2015 г. в Женеве. Итогом работы группы стало утверждение доклада, который будет представлен на РК-65 в Вильнюсе (Литва) в сентябре 2015 г.

18. В дополнение к четырем совещаниям между Отделом систем здравоохранения и охраны общественного здоровья и специальной группой ПКРК участвовал в планировании и утверждении итогового доклада. На втором совещании Постоянного комитета двадцать второго созыва в Хельсинки (Финляндия) в декабре 2014 г. сотрудники Отдела представили рабочую методику и отчитались о ходе подготовки доклада. Перед представлением РК-65 итоговый доклад был рассмотрен на четвертом совещании ПКРК в мае 2015 г., прошедшей в преддверии Шестьдесят восьмой сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения. Собранная для итогового доклада информация была представлена группе, готовящей стратегический документ "Приоритетные задачи в области укрепления систем здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ на 2015–2020 гг. Ориентация на нужды людей: от слов к делу" (EUR/RC65/13), который тоже будет представлен РК-65.

19. Информация, собранная при подготовке доклада, организована вокруг четырех основных функций системы здравоохранения, которые впервые были перечислены в *Докладе о состоянии здравоохранения в мире 2000 г. (3)*.

20. Эти функции четко сформулированы в Таллиннской хартии, наряду с ценностями, названными государствами-членами (см. вставку 1). Используемый в настоящем докладе метод сопоставления семи обязательств Таллиннской хартии с четырьмя функциями систем здравоохранения также оговаривался на двух

консультативных и четырех подготовительных совещаниях¹, прошедших в преддверии Таллиннской конференции в 2008 г. Хотя эти инициативы представлены по отдельности, в соответствии с функциями, эффективное проведение реформы требует учета их взаимозависимости и тесной связи (4).

21. Четыре функции позволяют сформировать крепкую базу для оценки систем здравоохранения, диагностики слабых сторон и планирования дальнейших действий по их укреплению. Таким образом, терминология, используемая в итоговом докладе, соответствует, за исключением одного незначительного изменения, таковой в Таллиннской хартии. Для облегчения обсуждения и понимания такой крайне разнообразной сферы, как "ресурсы здравоохранения" (куда входят, согласно Таллиннской хартии, лекарственные средства, технологии здравоохранения, информационные системы и кадровые ресурсы), данная функция разделена на две части: кадровые ресурсы здравоохранения и технологии здравоохранения и лекарственные средства². Более того, после Таллиннской конференции 2008 г. программные приоритеты и деятельность государств-членов всячески подчеркивают тот факт, что функция создания ресурсов должна быть дополнена указаниями о том, как этими ресурсами следует управлять и распоряжаться. Таким образом, анализ в настоящем докладе затрагивает не только пути создания кадровых ресурсов и технологий здравоохранения и лекарственных средств, но и способы управления и контроля за их применением.

22. На рис. 1 изображена матрица кодирования, созданная для преобразования семи обязательств Таллиннской хартии в действия, свойственные для функционирующей оптимальным образом системы здравоохранения. Матрица может также служить руководством и платформой для дальнейшей деятельности Регионального бюро и государств-членов. Важное различие между итоговым и промежуточным докладами заключается в акценте на то, как предпринятые государствами-членами меры в рамках каждого из обязательств способствовали или не способствовали укреплению четырех функций систем здравоохранения (5). Рабочая группа представителей государств-членов одобрила такой подход, назвав его полезным способом изучения информации, поступающей от стран, а также руководством для структуры итогового доклада. Учитывая, что в центре внимания Таллиннской хартии находятся системы здравоохранения, такой подход позволяет лучше понять третью основу политики Здоровье-2020 (6) – новая рамочная основа европейской политики здравоохранения, которая была создана спустя четыре года после принятия Хартии.

¹ В рамках подготовки к Министерской конференции ВОЗ по системам здравоохранения в 2008 г. состоялись два консультативных (24–25 августа 2006 г. в Вене, Австрия, и 30–31 октября 2006 г. в Барселоне, Испания) и четыре подготовительных (29–30 марта 2007 г. в Брюсселе, Бельгия; 19–20 ноября 2007 г. в Бледе, Словения; 3–4 апреля 2008 г. в Риме, Италия, и 6 июня 2008 г. в Брюсселе, Бельгия) совещания.

² В соответствии подходом, предусмотренным рамочной основой действий ВОЗ по укреплению систем здравоохранения "Общее дело: укрепление систем здравоохранения для улучшения показателей здоровья. Рамочная основа действий ВОЗ". Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2007 (<http://www.who.int/healthsystems/strategy/en/>, по состоянию на 8 июня 2015).

Вставка 1. Цели и инициативы, предусмотренные Таллиннской хартией

Предоставление услуг здравоохранения на индивидуальном и общественном уровнях

- Руководители и организаторы здравоохранения по всему Региону придают высокое значение и прилагают силы к тому, чтобы обеспечить предоставление высококачественных услуг всему населению, с особым вниманием к уязвимым группам и 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 межсекторального 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

- Не существует единственно верного, наилучшего подхода к финансированию здравоохранения; страны разрабатывают и внедряют новые сочетания механизмов сбора и объединения средств и закупок услуг в соответствии со своими потребностями, историческими, финансовыми и демографическими особенностями, социальными приоритетами и предпочтениями; это приводит к постепенному стиранию различий между моделями.
- Механизмы финансирования должны обеспечивать: возможность перераспределения ресурсов в целях оптимального удовлетворения потребностей в отношении здоровья, уменьшение финансовых барьеров для доступа к необходимым услугам, а также защиту от финансового риска, связанного с получением медицинской помощи, при условии ответственного отношения к имеющимся государственным ресурсам.
- Механизмы финансирования должны также предусматривать применение стимулов для эффективной организации и осуществления медицинского обслуживания; предоставлять ресурсы поставщикам в зависимости от качества и объема предоставляемых ими услуг, а также в соответствии с потребностями населения; содействовать 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.

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 финансирования в соответствии с меняющимися потребностями в услугах здравоохранения и моделями организации обслуживания.

- Инвестиции в кадровые ресурсы здравоохранения также имеют огромную важность, имея последствия не только для государства-инвестора, но и для других стран по причине миграции медработников. При решении вопросов, связанных с международным наймом кадров здравоохранения, следует руководствоваться принципами этики и международной солидарности, закрепленными в соответствующем кодексе^a.
- 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 информационной обоснованности принимаемых решений следует использовать методiku оценки технологий здравоохранения.

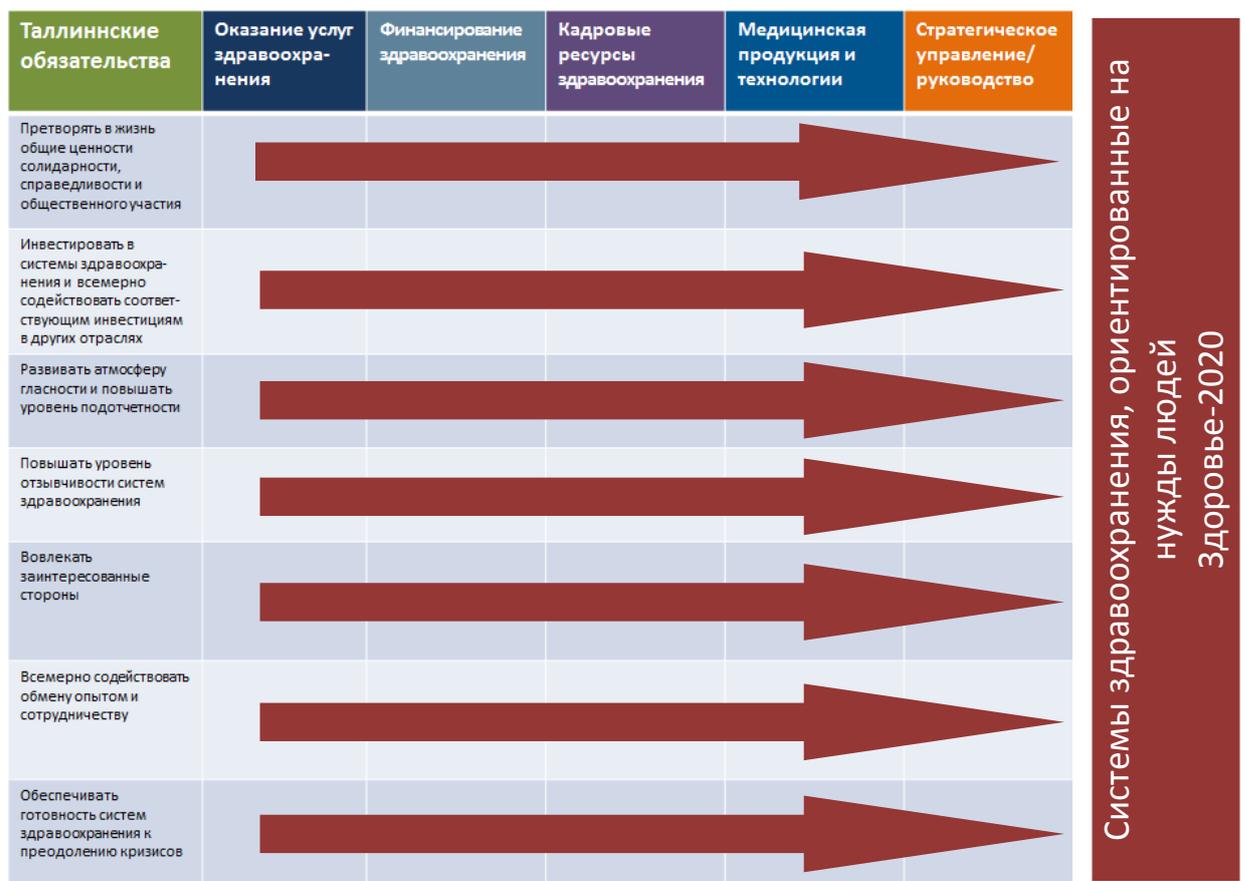
Стратегическое управление

- Несмотря на то, что государства-члены используют различные механизмы руководства своими системами здравоохранения, важная роль в определении стратегических целей развития системы здравоохранения принадлежит министерствам здравоохранения, которые 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 практической 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.

^a 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 "Стратегии развития кадров здравоохранения в Европейском регионе" (EUR/RC57/R1).

Источник: взято из п. 13 Таллиннской хартии (1).

Рисунок 1. Матрица кодирования: обязательства, вытекающие из Таллиннской хартии, и функции систем здравоохранения



Контекст для реализации Таллиннской хартии

23. Уже вскоре после Таллиннской конференции Регион ощутил на себе последствия мирового финансового и экономического кризиса, и стало понятно, что во многих странах обязательства, вытекающие из Хартии, подвергнутся серьезному испытанию. Наступление в 2008 г. глобального экономического кризиса сразу привело к глубоким экономическим потрясениям: в 2009 г. реальный валовой внутренний продукт на душу населения снизился в Регионе на 4,5%. Это привело к резкому росту безработицы: так, в одном только Европейском союзе она выросла со среднегодового уровня в 7,0% в 2008 г. до 10,2% в 2014 г. (7), а пик пришелся на 2013 г. (10,9%). В ряде стран безработица выросла куда больше, в первую очередь – среди молодежи. Европейские страны, сильнее других пострадавшие от кризиса, борются с его последствиями уже более шести лет, что свидетельствует о затяжном характере проблемы. Предполагается, что в среднесрочной перспективе трудные финансовые условия и высокая безработица сохранятся.

24. Данные о прежних экономических потрясениях и о нынешнем кризисе позволяют однозначно сделать два вывода общего характера (8). Во-первых, кризис негативно сказался на многих социальных детерминантах здоровья, особенно на доходах, занятости и государственных расходах на здравоохранение

и другие социальные сферы. В некоторых странах он привел к серьезным социальным и политическим последствиям, поспособствовав тем самым углублению неравенств по показателям здоровья между группами населения и между странами Региона (9). Во-вторых, в условиях увеличения потребностей в услугах здравоохранения при росте безработицы и снижении доходов домашних хозяйств, на здоровье населения могли влиять и предпринимаемые меры политики здравоохранения и налогово-бюджетной политики, если таковые не сопровождались сохранением эффективных структур социальной защиты и доступа к качественным услугам, особенно для уязвимых групп населения.

25. В период кризиса Региональное бюро активно сотрудничает с государствами-членами в выработке таких эффективных мер политики, которые будут способствовать улучшению здоровья и сокращению неравенств. Основой для такого взаимодействия стала политика Здоровье-2020. Ее цель – значительно улучшать здоровье и повышать уровень благополучия населения, сокращать неравенства в отношении здоровья, укреплять общественное здравоохранение и обеспечивать устойчивость систем здравоохранения, ориентированных на нужды людей. Политика Здоровье-2020 нацелена на осуществление общегосударственного подхода и воплощение принципа участия всех сфер общества. Предполагаемые ею действия и конечные результаты выходят далеко за рамки сектора здравоохранения и ответственности министерств здравоохранения. Данная политика предлагает министерствам здравоохранения инициировать взаимодействие с другими министерствами, ведомствами, секторами, организациями, заинтересованными сторонами и организациями гражданского общества. Также она предусматривает, что правительства будут расширять взаимодействие с гражданами, пациентами и потребителями. Для выполнения всех указанных целей предполагаются меры политики в четырех областях: инвестирование в здоровье на всех этапах жизни человека и расширение прав и возможностей граждан; решение наиболее актуальных проблем Европейского региона, касающихся неинфекционных и инфекционных заболеваний; укрепление ориентированных на человека систем здравоохранения, потенциала охраны общественного здоровья, а также готовности к чрезвычайным ситуациям; обеспечение устойчивости местных сообществ к внешним воздействиям и создание благоприятных условий окружающей среды.

26. Политика Здоровье-2020 относит системы здравоохранения к одному из четырех направлений для действий, повторяя, тем самым, центральный тезис Таллиннской хартии – инвестировать в системы здравоохранения и улучшение их работы в целях улучшения здоровья всех членов общества. Рамочные основы политики Здоровье-2020 идут, однако, еще дальше, стимулируя ориентацию таких систем здравоохранения на нужды людей, применение общегосударственного подхода к улучшению здоровья, укрепление общественного здравоохранения и сокращение социального разрыва на всех этапах жизни человека.

27. Подписывая Таллиннскую хартию, государства-члены разделяли общее понимание того, что понятие "общественное здравоохранение" не ограничивается пределами системы здравоохранения. Политика Здоровье-2020 позволяет взаимодействовать с лицами, принимающими решения, за пределами сектора здравоохранения, и отражать приоритеты здравоохранения в стратегиях всех секторов. В процессе этого был поднят важный вопрос, актуальный для любого

государства, желающего улучшить здоровье своего населения: кто, в конечном итоге, несет ответственность за охрану здоровья населения? Его сложность стала очевидной на совещании высокого уровня, прошедшем в Таллинне в 2013 г. (10), участники которого высказывали удивление тем, что идея общественного здравоохранения как единой сферы, которая должна быть ответственна и подотчетна за здоровье населения, не пользуется достаточной поддержкой. На совещании говорилось о потребности в более специализированном обучении в области общественного здравоохранения и в признании важности этой дисциплины как потенциальной будущей карьеры.

28. Еще одной важной тенденцией, ставшей заметной после подписания Таллиннской хартии, стала большая важность фактических данных для принятия решений государствами-членами, в особенности с точки зрения рационального распределения и обоснования инвестиций в здоровье. В некоторых странах крайне ограничен потенциал для научных исследований в сфере здравоохранения, хотя в последнее время здесь отмечаются положительные сдвиги. В условиях роста затрат и финансовых ограничений рациональная и доступная система здравоохранения вынуждена принимать трудные решения о том, какие именно вмешательства и услуги она должна обеспечивать. Для того чтобы принимать разумные меры политики, ответственным лицам нужны данные, дезагрегированные, как минимум, согласно уровню доходов, географическому расположению и полу. Подкрепленные научными данными и полностью открытые процессы позволяют также не допустить принятия решений, которые преследовали бы лишь узкие интересы, и способствуют большей приемлемости предпринимаемых мер для общественности.

29. Страны, в которых произошли радикальные изменения в культуре в сторону подхода, основанного на фактических данных, смогли со временем создать три главные опоры: (i) постоянный спрос руководителей, вырабатывающих политику, на фактические данные по вопросам здоровья населения; (ii) создание потенциала для производства высококачественных фактических данных и (iii) устойчивые в долгосрочной перспективе организационные решения, позволяющие увязывать спрос и предложение. ВОЗ занимается повышением спроса на политику здравоохранения, основывающуюся на фактических данных, ведя непрерывный диалог с государствами-членами по различным аспектам укрепления систем здравоохранения. Для этого ВОЗ организует на международном и страновом уровне курсы, а также способствует аналитической работе и обмену опытом между партнерами, тем самым создавая в странах потенциал для качественных исследований, оценок деятельности, анализа политики и секторального мониторинга. Несколько государств-членов создали или занимаются созданием при своих министерствах здравоохранения отделов анализа политики или секторального мониторинга, что можно охарактеризовать как институциональное развитие. Результатом деятельности по укреплению кадрового потенциала и организационных структур для выработки политики, основывающейся на фактических данных, стал синергизм с другими аспектами укрепления систем здравоохранения.

Обязательство 1 – Претворять в жизнь общие ценности солидарности, справедливости и общественного участия

30. Первое обязательство, вытекающее из Таллиннской хартии, в какой-то стоит особняком от остальных: оно предлагает государствам-членам комплекс не конкретных действий, а ценностей. На этих ценностях строятся все остальные обязательства Хартии. В силу их "сквозного" характера оценка данного обязательства касается только того, каким образом государства-члены отобразили эти ценности в своих планах здравоохранения и инструментах политики.

31. Многие страны Региона создают на национальном и субнациональном уровне стратегии, планы или эквивалентные им документы в области здравоохранения, которые должны определить направление и придать слаженность их усилиям по улучшению здоровья населения (11). При условии применения к стратегическим задачам, целям и ориентирам в отношении здоровья принципов и ценностей, актуальных для систем здравоохранения, подобные стратегии и планы могут служить инструментами подотчетности в секторе здравоохранения. К другим механизмам, которые позволяют странам Региона устанавливать для себя цели и задачи в отношении здоровья, относятся такие инструменты политики, как национальные задачи здравоохранения, комплекс приоритетов или основных направлений для здравоохранения, а также цели и задачи для реформирования системы здравоохранения, включенные в более широкую межсекторальную программу реформ. В некоторых странах важным аспектом выработки национальной стратегии или плана здравоохранения остаются сами меры по улучшению и доработке процесса установления приоритетов. Другие страны, напротив, предпочитают устанавливать цели для эффективности работы конкретных структур, которые влияют на стратегические направления их систем здравоохранения в тех сферах, в которых министерство здравоохранения обладает полномочиями для планирования. Цели в отношении здоровья иногда определяются в программах реформирования системы здравоохранения. Помимо этого, национальные цели и задачи в отношении здоровья могут определяться через законодательство и механизмы регулирования. Несколько стран, в последнее время занимавшихся подготовкой стратегий здравоохранения, однозначно засвидетельствовали важность общегосударственного подхода, о котором говорится в политике Здоровье-2020.

32. Таллиннская хартия, благодаря четко выраженному в ней стремлению к солидарности, зарекомендовала себя как весьма эффективный инструмент для координации мер политики в ответ на экономический кризис. Несколько стран задействовали свои стратегии и планы здравоохранения таким образом, чтобы привести системы здравоохранения в соответствие с общим контекстом политики Здоровье-2020, укрепляя, таким образом, общественное здравоохранения для преодоления неравенств в отношении здоровья. Большинство стран Региона располагает политикой в области гендерного равенства, которая определяет приоритеты для действий различных секторов. Широкой поддержкой пользуются такие меры, которые уменьшают финансовую уязвимость неблагополучных групп населения. Ключевыми в этом отношении стали меры, призванные отдать приоритет шагам на пути к всеобщему охвату услугами здравоохранения, которые позволят обеспечить для всего населения доступ к широкому диапазону

качественных услуг без финансовых затруднений, а также меры по повышению приоритетности первичной помощи и общественного здравоохранения.

33. В то же время во многих странах Европейского региона службы и инфраструктура общественного здравоохранения остаются слабыми и устаревшими. Следовательно, один из инструментов политики – это переориентация услуг на амбулаторную первичную помощь и общественное здравоохранение как на самые рациональные в экономическом отношении и способные охватить большую долю населения. Государства-члены проявляют все больше внимания к ориентации услуг на первичное звено и признают важность укрепления первичной помощи посредством обеспечения большей преемственности, оптимизации поставщиков услуг и повышения их качества.

34. Большинство государств-членов заявили о своей готовности удовлетворять потребности уязвимых групп, в том числе путем расширения охвата услугами и установления и сохранения всеобщего характера прав граждан. Несколько стран не допустили повального сокращения государственных расходов на здравоохранение и социальное обеспечение, ведущих к росту бедности и ухудшению здоровья; вместо этого они стали еще активнее продвигать стратегии перераспределительного получения доходов, направленные на повышение солидарности. Некоторые государства-члены смогли успешно снизить оплату за услуги и выплаты из личных средств пациентов, а другие сделали сектор здравоохранения приоритетным получателем бюджетных средств, в том числе и на цели социального медицинского страхования.

35. Многие страны Региона проанализировали свои потребности в кадрах здравоохранения и добились немалых успехов в разработке и осуществлении политики, стратегий и планов в этой области. Важным элементом такой политики стало обязательство добиваться лучших результатов в отношении научных исследований, консолидации данных и планирования, чтобы создавать эффективные национальные стратегии в области кадров здравоохранения. В нескольких государствах-членах эта сфера была названа развитой менее всего. В найме и подготовке кадров здравоохранения наметился также сдвиг в сторону первичного звена; все чаще признается, что повышение рациональности и эффективности системы требует действенных мер политики относительно распределения кадровых ресурсов для улучшения доступа к услугам для населения, а также относительно сохранения кадров. Региональное бюро и государства-члены сыграли ведущую роль в разработке и, в конечном итоге, в принятии в 2010 г. Глобального кодекса ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения, который дал странам основу для выработки эффективной политики в отношении формирования, сохранения и миграции кадров здравоохранения для сбалансированного обеспечения медицинскими работниками.

36. Большинство стран, предоставивших сведения, отмечали также попытки обеспечить равный доступ к качественным лекарственным средствам и технологиям здравоохранения. Хотя некоторые страны Региона и не принимают участия в активной деятельности по установлению приоритетов для доступа к лекарственным средствам и технологиям здравоохранения, подобные меры политики все чаще называют ключевыми для повышения эффективности в

расходовании ресурсов с одновременным поддержанием необходимого баланса между доступностью и экономической целесообразностью. Страны, осуществляющие политику в отношении технологий здравоохранения и лекарственных средств, прилагают вполне очевидные усилия по установлению приоритетов для финансовой и физической доступности, справедливости, качества и инноваций. Особенно широкое распространение в Регионе получили реформы в области лекарственных средств. Они затрагивают такие вопросы, как снижение цены, скидки, льготы, возврат ранее уплаченных средств, переговоры о пересмотре дистрибьюторских вознаграждений, изменение ставок налога на добавленную стоимость и процедуры возмещения затрат.

Обязательство 2 – Инвестировать в системы здравоохранения и всемерно содействовать соответствующим инвестициям в других отраслях

37. Государства-члены предоставили по данному обязательству немало информации. Как уже говорилось, большинство стран сообщили о вовлечении различных секторов (чаще всего – социального обеспечения) в процесс установления целей для сектора здравоохранения, а также о реализации межсекторальной политики укрепления здоровья (в сфере борьбы против табака и алкоголя, предупреждения насилия и травматизма, безопасности дорожного движения и т.д.). Особенно полезными в этом отношении представляются такие международные механизмы, как Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака. Подобное межсекторальное сотрудничество положительно сказывается на роли стратегического управления, главным образом – благодаря достижению максимальной пользы для здоровья и сведению к минимуму бремени болезней.

38. Страны совершенствуют механизмы, позволяющие министерствам здравоохранения взаимодействовать и поддерживать связи с другими секторами. Так, создаются министерские комитеты, назначаются сотрудники по связи между министерствами и учреждаются особые протоколы. Некоторые страны сообщают о технической поддержке и рекомендациях по воздействию на социальные детерминанты здоровья в рамках других государственных программ, которые сектор здравоохранения предоставляет для других отраслей. Часто подобная техническая поддержка принимает форму оценок влияния на здоровье или на социальную справедливость в вопросах здоровья. Несколько стран отметили наличие механизмов, позволяющих оптимизировать потоки информации между министерствами здравоохранения и другими секторами.

39. В первую очередь здоровье человека зависит от условий повседневной жизни, а учреждения здравоохранения и их сотрудники лишь помогают решать связанные со здоровьем проблемы и задачи на определенных этапах жизненного пути и для незначительной части людей. Страны Региона все чаще сообщают о предоставлении услуг здравоохранения в таких нестандартных условиях, как в школах, по месту работы или по месту жительства. Особенно активно сектор здравоохранения взаимодействует с другими сферами в области здоровья детей и оказания услуг людям старшего возраста в нестандартных условиях. В нескольких случаях министерства здравоохранения смогли значительно повысить доступность таких услуг, а также их целесообразность и эффективность.

40. Межсекторальное сотрудничество служит координации и согласованию финансовых потоков в контексте планирования инвестиций, обеспечивая связь между финансированием и официально установленными целями. В первую очередь такая финансовая согласованность между структурами, ответственными за охрану здоровья и за социальное обслуживание, наблюдается в области охраны психического здоровья и долгосрочной медицинской помощи. Совместные механизмы финансирования укрепляют решительность партнеров и, таким образом, повышают уверенность в получении необходимых средств. Соглашения о предоставлении услуг общего пользования увязываются с анализами расходов и создают основу, на которой министерства, местные власти и другие местные организации приходят к согласию в отношении целевых показателей для руководства и координации действий государственных организаций.

41. На глобальном, региональном, субрегиональном и национальном уровнях ширится межсекторальное сотрудничество, нацеленное на проблемы в области кадров здравоохранения, что не в последнюю очередь связано с тем, что предложение кадровых ресурсов и спрос на них во многом зависят от факторов, лежащих вне системы здравоохранения. В большинстве своем такие межсекторальные инициативы предусматривают тесное сотрудничество между министерствами здравоохранения, финансов, труда и образования, направленное на приведение медицинского образования в соответствие со стремительно меняющимися потребностями. В некоторых странах межсекторальное сотрудничество позволило также улучшить условия труда для работников здравоохранения.

42. Большинство государств-членов активизировало взаимодействие между министерствами здравоохранения и сектором торговли, направленное на оптимизацию доступности, наличия, приемлемости и качества технологий здравоохранения и лекарственных средств (хотя новой медицинской продукции такие изменения коснулись в меньшей степени). Вместе с тем, несколько стран активно содействуют передаче знаний между исследовательскими структурами и индустрией. Страны Европейского региона сильно различаются между собой с точки зрения финансирования межсекторальных мер по увеличению доступности жизненно важной медицинской продукции. В ряде стран создаются стимулы для научных исследований и разработок, финансируемых из государственного бюджета, направленных на обеспечение потребностей сектора здравоохранения и сотрудничества между государственным и частным секторами по приоритетным задачам общественного здравоохранения.

Обязательство 3 – Развивать атмосферу гласности и прозрачности, повышать уровень подотчетности в отношении деятельности системы здравоохранения

43. В Регионе постоянно повышается подотчетность систем здравоохранения, для чего страны систематически устанавливают для себя цели и задачи, которые принимают вид стратегий, политики и планов здравоохранения и оценки и измерения эффективности деятельности. Надлежащая подотчетность признается также залогом для защиты бюджета здравоохранения от сокращений. Структурам, управляющим системами здравоохранения, отводится существенная роль в

поиске способов для влияния на мотивацию и поведение задействованных сторон и их разнообразные цели, ресурсы и организационные структуры, что необходимо для построения согласованных механизмов подотчетности систем здравоохранения (12).

44. Создание механизмов для измерения эффективности систем здравоохранения предусматривает, в частности, формирование подходящего набора показателей и целевых ориентиров и сбор и объединение подходящей информации. Уже по меньшей мере 31 страна Региона располагает репозиториями или платформами для работы с информацией об эффективности систем здравоохранения и проводит регулярные оценки по целым наборам показателей. Отдельный вопрос посвящен степени, в которой уровень централизации системы здравоохранения влияет на состав наборов показателей, необходимых для мониторинга. Здесь в каждой из стран Региона существуют свои особенности.

45. Оценка эффективности системы здравоохранения должна иметь системный характер, и ее результаты необходимо постоянно учитывать при расстановке приоритетов. Несколько государств-членов проводили для этого предварительные оценки своих стратегий, политики и планов здравоохранения; другие, напротив, прибегают к ретроспективным оценкам деятельности систем здравоохранения (ОДСЗ) (13, 14)³. ОДСЗ часто называют инструментом, который своим существованием обязан Таллиннской хартии и является способом повышения прозрачности в управлении системой здравоохранения (13).

46. Наибольшее развитие показатели, которые обеспечивают подотчетность поставщиков услуг и учреждений здравоохранения, получили в области оказания услуг здравоохранения. В первую очередь они касаются таких вопросов, как качество помощи, безопасность пациентов, доступность услуг, их реальное использование и время ожидания очереди, а также сравнение больниц с эталонными показателями. Большинство стран отметили наличие механизмов для постоянного мониторинга и совершенствования деятельности на уровне поставщиков услуг. Подобный мониторинг применяется для оценки не только использования услуг, но и удовлетворенности потребителей. Для обеспечения стандартов качества помощи (например, в вопросах аккредитации учреждений и поставщиков, безопасности и т.д.) в учреждениях, а также для обеспечения компетентных кадров здравоохранения, страны прибегают к комплексам нормативов и мер политики. Практические руководства, клинические протоколы, алгоритмы лечения и медицинские стандарты – необходимые элементы доказательной медицины. Все больше стран учреждают системы для мониторинга нежелательных явлений и отчетности о таковых.

47. Также Таллиннская хартия помогает применять в общественном здравоохранении механизмы для обеспечения прозрачности и подотчетности. Все

³ Европейское региональное бюро ВОЗ принимало непосредственное участие в разработке ОДСЗ для нескольких государств-членов. Это, в частности, Азербайджан, Армения, Бельгия, Венгрия, Грузия, Италия, Казахстан, Кыргызстан, Мальта, Португалия, Республика Молдова, Турция и Эстония.

больше стран сообщают о том, что они ведут открытую отчетность о конечных показателях здоровья на популяционном уровне, регулярно публикуя эти данные на интернет-порталах. Открытая отчетность начинает активно применяться для повышения гласности в работе как учреждений, так и отдельных поставщиков услуг. Также повышению прозрачности и подотчетности способствует ежегодная публикация отчетов, подготовленных фондами медицинского страхования и агентствами, которые занимаются закупками услуг и ресурсов.

48. Финансовый и экономический кризис прямо сказывается на расходах на здравоохранение, в особенности – на государственных расходах на здравоохранение относительно всех расходов, а также на выплатах из личных средств относительно всех расходов на здравоохранение. В таких условиях государства-члены, которые смогли повысить прозрачность и подотчетность в финансировании систем здравоохранения, все чаще прибегают к средствам для оценки такого финансирования. Достоянием общественности становится информация о получении доходов, накоплении ресурсов и процессах закупок. Евростат, Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) и ВОЗ разработали *Систему счетов здравоохранения, издание 2011 г.*, которая позволяет вести более точный учет ресурсов, поступающих и расходуемых на нужды здравоохранения. Эта новая система отчетности уже используется всеми странами ЕС и ОЭСР, а все больше государств Европейского региона, которые не входят в ЕС или в ОЭСР, разрабатывают, в свою очередь, собственные системы отчетности, соответствующие новым требованиям. Информация о доступных для населения услугах и льготах, а также о платежах и сборах за услуги, делается доступной для всего населения.

49. Из информации, предоставляемой уполномоченными органами в государствах-членах по вопросу выполнения Глобального кодекса ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения, следует, что страны с готовностью выполняют требования о гласности и подотчетности. В отчетах стран затрагиваются такие вопросы, как права работников здравоохранения-мигрантов, международный найм и мобильность персонала. Больше внимания страны стали обращать и на процесс регулирования в вопросах оказания помощи: это касается регистрации, лицензирования, сертификации и аккредитации. В некоторых странах подобное внимание к допуску к работе проявляется также в публикации информации о практикующих поставщиках услуг, что позволяет потребителям делать осознанный выбор.

50. Помимо этого, стремление стран к прозрачности и подотчетности проявляется в использовании фактических данных для принятия решений при выборе медицинской продукции. Оценки технологий здравоохранения все чаще используются в Регионе и как инструмент для расчетов при возмещении затрат. Страны начинают уделять больше внимания политике в области ценообразования и возмещения затрат, а также прибегают к механизмам оптимизации затрат на лекарственные средства. Несколько государств-членов начали разрабатывать такие учебные планы для подготовки кадров здравоохранения, в которых делается акцент на фармаконадзор и подотчетность за надлежащее использование медицинской продукции; помимо этого, среди медицинских работников распространяются рекомендации и руководства по назначению лекарств. Во всем Регионе активно внедряются технологии электронного здравоохранения,

позволяющие контролировать эффективность работы системы здравоохранения, обеспечивать необходимую подотчетность и повышать качество обслуживания.

Обязательство 4 – Повышать уровень отзывчивости систем здравоохранения к нуждам людей

51. В Докладе о состоянии здравоохранения в мире 2000 г. прозвучала идея о том, что отзывчивость к потребностям граждан должна войти в число основополагающих целей для каждой системы здравоохранения. Несколько государств-членов начали финансировать создание систем обратной связи (электронных и прочих) для учета потребностей людей, демонстрируя тем самым готовность сделать свои системы здравоохранения более отзывчивыми. Ряд стран сообщает также о наличии у них механизмов, позволяющих оценивать ожидания людей, практический опыт пациентов и/или степень удовлетворенности предоставленными услугами. В некоторых странах появляются меры политики или нормативные механизмы для определения прав пациентов и повышения осведомленности о таких правах, а также более интенсивного контроля за их соблюдением с помощью института омбудсмена. Другие страны, в свою очередь, прибегают к не столь формальному подходу и предпочитают создавать условия, содействующие выбору в пользу здоровья и расширению прав и возможностей людей в вопросах, касающихся их здоровья.

52. В контексте данного обязательства наиболее значимой для Региона тенденцией в отношении оказания услуг здравоохранения представляется реорганизация услуг больниц в целях повышения доступности качественных услуг для населения. В сферу особого внимания при этом попадают следующие вопросы: время ожидания, неотложная помощь, время в пути до места оказания услуг и сети поставщиков. В значительной части оптимизация коснулась сокращения избыточного коечного фонда больниц и мер, направленных на обеспечение баланса между стационарной и амбулаторной помощью. Страны также занимаются совершенствованием систем для направления пациентов, стремясь при этом к укреплению роли первичного звена. Системы здравоохранения начинают продвигать концепцию упреждающего контроля за здоровьем. В связи с тем, что в настоящее время все больше проблем со здоровьем можно решать в контексте индивидуального медицинского обслуживания, несколько государств-членов расширяют такой контекст, включая в него услуги местных аптечных сетей, отделений травматологической и неотложной помощи и помощи в неприемные часы, используя методики мобильного здравоохранения и информационные технологии. Подобные модели лучше всего работают в комплексе с крепким диагностическим потенциалом и с упором на обеспечение преемственности и длительной и многопрофильной помощи при хронических болезнях и сочетанных состояниях, а также помощи на терминальной стадии жизни в условиях первичного звена, по месту жительства и на дому. Успешные инициативы интенсивно используют улучшенные потоки информации, что становится возможным благодаря оперативным партнерствам и работе сетей поставщиков услуг. Часто они предусматривают использование новых моделей оказания услуг, которые позволяют улучшать организацию помощи и обеспечивать преемственность и высокое качество, работу в составе многопрофильных бригад и дополнительную подготовку кадров для освоения

новых умений и навыков. Государства-члены все чаще адаптируют свои механизмы оказания услуг к разнообразию потребностей населения и отдельных людей, с учетом гендерной, культурной, языковой, политической и экономической специфики.

53. Также страны адаптируют, в соответствии с нуждами людей, и процессы распределения своих ресурсов. Несколько стран прибегают к финансовому стимулированию для поставщиков услуг, стремясь сократить время ожидания; внедряются прозрачные системы для управления очередями и распределения потоков пациентов между поставщиками. Важную роль в оценке и повышении отзывчивости систем здравоохранения к потребностям людей играют регулярные опросы мнений пациентов относительно доступности и качества услуг здравоохранения. Наконец, страны предоставляют различные услуги электронного здравоохранения. В большинстве случаев такие услуги задумывались не как специальные меры для повышения отзывчивости систем здравоохранения, а как инструменты для рационального использования финансовых и иных ресурсов и, как следствие, повышения доступности услуг для пациентов.

54. С учетом современных тенденций в перераспределении профессиональных обязанностей и изменения структуры заболеваемости особенно важной представляется согласование подготовки кадров (как базового образования, так и непрерывного совершенствования знаний) с потребностями пациентов. Все более актуальной становится потребность в согласовании образования и подготовки медработников с реформами систем здравоохранения и с нуждами населения. Это касается не только ориентации на первичную медико-санитарную помощь. В Европейском регионе наблюдается следующая тенденция: базовое обучение приобретает все более междисциплинарный характер, что призвано повысить отзывчивость работников здравоохранения к нуждам пациентов. Государства-члены обращают все больше внимания на непрерывное профессиональное совершенствование и обучение в течение всей жизни как способ гарантировать безопасность пациентов. Несколько стран считают образование работников здравоохранения важной, приоритетной задачей, однако в целом трансформационные модели образования нуждаются в дополнительной поддержке и инвестициях. Ряд стран стремятся повышать благополучие медработников с целью сохранения кадров и обеспечения отзывчивости работников к нуждам пациентов.

55. Для повышения качества фармацевтического обслуживания государства-члены пересматривают роль аптек и фармацевтических работников, также пытаются сделать их более отзывчивыми к потребностям людей. Инновации не ограничиваются сферой кадровых ресурсов: особенно актуальными они представляются в области технологий здравоохранения и лекарственных средств. Технологии электронного здравоохранения и электронные рецепты во всем Регионе служат средством для повышения отзывчивости и эффективности обслуживания населения. Более того, технологии применяются также для обслуживания труднодоступных групп населения. По мере расширения электронного здравоохранения все большее значение приобретает еще одна задача: безопасность электронных данных пациентов.

Обязательство 5 – Вовлекать заинтересованные стороны в процессы формирования и реализации политики

56. В то время как обязательство 2 касается, в первую очередь, сотрудничества с другими секторами, в данном случае в центре внимания оказывается взаимодействие с заинтересованными сторонами, как в рамках системы здравоохранения, так и вне сферы государственного управления.

57. Практически каждая из стран отметила наличие механизмов обратной связи, которые делают возможным диалог между широким кругом заинтересованных сторон и лицами, формирующими политику. Большинство стран сообщили о том, что они располагают четкими инструментами для поддержки участия гражданского общества в выработке политики здравоохранения, которые позволят руководящим органам системы "меньше работать веслами, больше – рулем", как было сказано на Конференции ВОЗ по реформированию здравоохранения в Европейском регионе в 1996 г. (15). Часто министерства с помощью интернет-платформ стимулируют участие заинтересованных сторон в обсуждении законодательства, решений, стратегий и мер политики. Особая роль отводится участию и мнениям пациентов, для чего создаются – в том числе и при министерствах здравоохранения – институты омбудсменов и органы, представляющие интересы пациентов.

58. Все чаще государства-члены вовлекают в обсуждение приоритетов для национальных стратегий здравоохранения профессиональные объединения и представителей уязвимых групп населения.

59. Важным инструментом для мобилизации участия заинтересованных партнеров в планировании и оказании услуг здравоохранения стала политическая и административная децентрализация. Некоторые страны сообщают также о мерах по поддержке оперативных партнерств и сетей поставщиков услуг. Несколько стран отмечают наличие у них директив, направленных на вовлечение населения в создание планов здравоохранения и медицинского обслуживания.

60. Что касается финансирования систем здравоохранения, то в ряде стран наблюдаются улучшения относительно диалога и взаимодействия с министерствами финансов, в первую очередь – благодаря совместным усилиям ОЭСР и ВОЗ по организации общих встреч для лиц, отвечающих за вопросы здравоохранения и финансов.

61. Взаимодействие с заинтересованными сторонами стало в Регионе еще одним важным механизмом укрепления стратегического управления кадрами здравоохранения. Также немалую роль в этой сфере сыграло участие организаций гражданского общества. Все большую роль в Регионе приобретают ассоциации работников здравоохранения, которые предоставляют возможности для эффективного участия экспертов в выработке политики. Вместе с тем, куда большую проблему представляет изолированность различных медицинских профессий.

62. Создание масштабного комплекса мер политики в области лекарственных средств – процесс, который движется по нарастающей и должен стать

неотъемлемой частью общих реформ в политике здравоохранения. Для этого несколько государств-членов вовлекают партнеров в выработку всеобъемлющих национальных стратегий в области лекарственных средств, а также стратегий для отдельных секторов. В Регионе придается все большее значение делегированию обязанностей центральных органов, принимающих решения относительно технологий, на региональный уровень.

Обязательство 6 – Всемерно содействовать международному обмену опытом и сотрудничеству

63. Осуществляется масштабный обмен информацией о подготовке планов и стратегий по укреплению систем здравоохранения, а также об инициативах по обмену опытом и решению проблем в области оказания услуг здравоохранения. О деятельности в этой области сообщили практически все страны. Вместе с тем, в области балансирования расходов между такими сферами, как медицинское обслуживание, профилактика, укрепление здоровья и учет будущих потребностей обмен информацией и опытом на межстрановом уровне получили несколько меньшее распространение.

64. Огромный интерес страны Региона проявили к участию в многострановом диалоге по вопросам политики. Региональное бюро сыграло немалую роль в вовлечении государств-членов в различные сети, позволяющие обмениваться знаниями и практическим опытом в вопросах укрепления систем здравоохранения. В качестве примеров таких сетей можно назвать "Регионы – за здоровье" (16), Сеть здравоохранения Юго-Восточной Европы (17), Сеть по вопросам использования данных научных исследований при формировании политики (18) и Европейскую сеть "Здоровые города" (19).

65. Некоторые страны, особенно члены ЕС, участвуют и в совместных программах исследований и инициативах в области оказания услуг здравоохранения. В общей сложности 42 страны сообщили об участии в учебных курсах ВОЗ по финансированию здравоохранения в рамках обеспечения всеобщего охвата услугами и укрепления систем здравоохранения.

66. В Регионе наблюдается немалый прогресс и интенсивное межстрановое сотрудничество в области улучшения и гармонизации определений, используемых для сбора данных о занятости и образовании кадров здравоохранения для общей базы данных ОЭСР, Евростата и Европейского регионального бюро ВОЗ. Данные проекта PROMETHUS, посвященного мобильности работников здравоохранения (в том числе из стран, не входящих в ЕС) в Европейском союзе, дают ответственным за выработку политики лицам представление о результатах такой мобильности, о мотивах, которыми руководствуются медработники, и об эффективности политики по контролю за миграцией. Следует также отметить посвященный мобильности медработников проект MoHProf, который позволил получить данные о международной миграции (с упором на внутреннюю миграцию в ЕС, а также на въезд и выезд из Европейского союза) медработников в 25 странах. Ценной платформой для сотрудничества и обмена данными между государствами-членами стала программа ЕС "Совместные действия по планированию и прогнозированию

кадровых ресурсов здравоохранения". Свой вклад в гармонизацию в области образования вносят также Болонский процесс и созданное в его рамках Европейское пространство высшего образования, которое охватывает 47 стран; деятельность в этом направлении призвана позволить медработникам заниматься трудовой деятельностью во всем Регионе.

67. Еще одно важное направление для сотрудничества в области технологий здравоохранения и лекарственных средств – это усилия по гармонизации ОТЗ на межстрановом уровне. Государства ЕС принимают активное участие в этой сфере, действуя в рамках Европейской сети по оценке технологий здравоохранения (EUnet HTA), а страны Центральной Европы и Балканского полуострова входят в состав Партнерства по продвижению и усилению методик и политики в области применения и осуществления оценок технологий здравоохранения, в которое входят 13 членов; данный консорциум ставит перед собой цель стандартизировать методику оценки медицинской продукции и лекарств. В контексте технологий здравоохранения и лекарственных средств нужно отметить, что государства-члены активно координируют действия по эпиднадзору, сдерживанию и недопущению появления и распространения в Европейском регионе устойчивости к антибиотикам. Примером этого служит Сеть по эпиднадзору за устойчивостью к противомикробным препаратам в Восточной Европе и Центральной Азии (CAESAR), которая объединяет усилия Европейского общества клинической микробиологии и инфекционных болезней, Национального института общественного здравоохранения и окружающей среды Нидерландов и Европейского регионального бюро ВОЗ. Задача CAESAR состоит в том, чтобы сформировать сеть из национальных систем по эпиднадзору за УПП во всех странах Региона, которые не входят в Европейскую сеть по эпиднадзору за устойчивостью к противомикробным препаратам при Европейской комиссии. В будущем такой шаг обеспечит общую отчетность об устойчивости к антибиотикам для всех 53 стран Региона по единым стандартам и методике.

Обязательство 7 – Обеспечивать готовность систем здравоохранения к эффективному преодолению кризисных ситуаций

68. В период между 1990 и 2015 гг. в Европейском регионе ВОЗ от природных катастроф напрямую пострадали около 50 млн человек. Прочные, хорошо подготовленные и четко управляемые системы здравоохранения могут своими действиями эффективно способствовать предотвращению перерастания возникших нештатных ситуаций в области здравоохранения в кризис общественной безопасности. Эффективные руководящие принципы для стратегического управления – основа подготовленных и устойчивых перед чрезвычайными ситуациями систем здравоохранения. Руководящие структуры системы здравоохранения получают сегодня все больше возможностей и поддержки для организации мер по планированию готовности к кризисам в сфере здравоохранения и ответных действий при них, что позволяет сектору здравоохранения становиться ведущей силой и координатором, осуществляя техническое руководство работой всех секторов, затронутых такими кризисами. Поскольку современные проблемы в отношении медико-санитарной безопасности носят все более комплексный характер, реализация эффективных ответных мер

требует тесного сотрудничества правительств, международных организаций, гражданского общества, частного сектора и других партнеров. ВОЗ всячески призывает свои государства-члены принять ряд комплексных стратегических принципов по обеспечению готовности и организации эффективных ответных мер при кризисах.

69. В настоящее время ВОЗ проводит реформу в области ответных действий при чрезвычайных ситуациях на базе соответствующей обновленной *Рамочной программы по реагированию* – программного документа, определяющего действия ВОЗ при чрезвычайных ситуациях, имеющих последствия для здоровья населения. В дополнение к этому, ВОЗ получила от своих государств-членов уникальный международный мандат по продвижению и поддержке Международных медико-санитарных правил (2005 г.) (ММСП). Государства-участники ММСП обязаны оценивать любые события, которые могут представлять собой чрезвычайную ситуацию в области общественного здравоохранения, имеющую международное значение, независимо от ее природы (биологической, химической или радиационной) и происхождения (случайность или преднамеренные действия), и информировать о них ВОЗ. В интересах эффективного выполнения ММСП государства-участники должны были, при поддержке ВОЗ, подготовить к июню 2009 г. планы по реализации Правил, а к июню 2012 г. – выполнить требования относительно создания у себя "основных возможностей". Эти минимальные требования выполнили практически все страны Европейского региона ВОЗ, и лишь несколько стран запросили об отсрочке до июня 2016 г. В настоящее время в центре внимания оказалось повседневное применение ММСП на основании имеющихся возможностей, а также обучение национальных координаторов по ММСП и оценка их деятельности. Большинство государств-членов, где реализуются ММСП, сообщают также о наличии информационных систем и механизмов коммуникации.

70. Данное обязательство занимает второе место по интенсивности выполнения. В Регионе растет потенциал в таких сферах, как подотчетность в вопросах готовности к чрезвычайным ситуациям. В дополнение к отчетности о выполнении ММСП практически каждая страна отметила наличие планов действий при чрезвычайных ситуациях для сектора здравоохранения, с четкими механизмами для руководства и координации, которые обеспечивают медицинское обслуживание при чрезвычайных и кризисных ситуациях. Такие планы готовности носят, в большинстве своем, межсекторальный характер, а роль координатора ответных мер отводится органам государственной администрации.

71. Больше половины стран сообщили также о наличии механизмов для мониторинга и идентификации в окружающей среде биологических, химических и физических угроз. Ряд стран недвусмысленно заявили о наличии в их распоряжении механизмов для распространения информации и предупреждений для общественности о рисках для здоровья, связанных, в том числе, с окружающей средой. Примерно четверть стран отмечают, что существующие чрезвычайные планы включают положения о поддержании стандартов безопасности общественного здоровья на транспорте и при совершении поездок.

72. Значительное внимание и существенное финансирование направлены также на расширение в Регионе охвата помощью при чрезвычайных ситуациях и организацию эффективной сортировки больных при пиковых нагрузках.

73. Огромное значение для готовности к чрезвычайным ситуациям и действий при них имеет наличие финансовых средств не только в бюджете министерств здравоохранения, но и у других секторов.

74. Клинический опыт по-прежнему составляет фундамент для обучения работников здравоохранения, но в настоящее время в обучении активно применяются и специальные технологии. Так, в Регионе все чаще используются различные симуляторы и инструменты для дистанционного обучения. В то же время, в отсутствие отчетов по показателям или докладов о структурированном аудите работников здравоохранения определение пробелов в знаниях, квалификации и потенциале представляется затруднительным. В ряде стран определяются и формируются комплексы профессиональных знаний в области общественного здравоохранения по вопросам подготовки к чрезвычайным ситуациям и их предупреждения. Важную роль в определении таких знаний играет Ассоциация школ общественного здравоохранения Европейского региона.

75. Способность эффективно действовать при чрезвычайных ситуациях прямо зависит от своевременной подготовки, включая обеспечение медицинской продукции и вакцин и технологий для их эффективного применения для приема и лечения пострадавших и пациентов. Страны сообщали о различных (в зависимости от географического расположения этих стран) препятствиях и осложнениях при обеспечении достаточного количества лекарств. Лишь несколько государств-членов сообщили о наличии крепких лабораторных служб. Эксперты высказывают беспокойство в связи с тем, что подобные проблемы часто тормозят все усилия по реагированию на чрезвычайные ситуации биологического и медицинского характера. Несколько стран инвестируют средства в развитие информационных систем для эпиднадзора, профилактики и координации действий.

Выводы

76. Хотя напрямую отнести те или иные инициативы, меры политики или вмешательства к Таллиннской хартии может быть затруднительно, государства-члены все же сообщили о проведенных за последние семь лет мероприятиях по укреплению систем здравоохранения под лозунгами Таллиннской хартии, касающихся четырех функций системы здравоохранения и в соответствии с семью обязательствами, вытекающими из Хартии (согласно матрице функций и обязательств, см. пункты 20–22 выше).

Финансовые и экономические кризисы

77. Таллиннская хартия прошла испытание глобальным финансовым и экономическим кризисом. Действия, предпринятые системами здравоохранения стран в ответ на кризис, дают представление о силе приверженности Таллиннским обязательствам, особенно в таких ключевых вопросах, как усиление

солидарности, содействие межсекторальным партнерствам и инвестициям, а также повышение отзывчивости систем здравоохранения. В таком контексте появление политики Здоровье-2020 как единой рамочной основы для Региона будет только способствовать дальнейшим усилиям по построению рациональных и устойчивых систем здравоохранения.

78. Финансовый и экономический кризис затронул многие системы здравоохранения в Регионе, причем некоторые из них – с тяжелыми последствиями. Налогово-бюджетные меры, предпринимавшиеся до кризиса (такие как накопление финансовых резервов, создание антициклических формул для перевода бюджетных средств и должное финансирование систем здравоохранения), а также проводимые в преддверии кризиса действия по минимизации пробелов в охвате услугами и платежей из личных средств пациентов показали, что некоторые страны подготовились к экономическому спаду лучше других. Несмотря на это, все страны, затронутые кризисом, столкнулись с одними и теми же проблемами.

- Системам здравоохранения необходимы стабильные и предсказуемые источники финансовых поступлений. Внезапное и резкое прекращение поступлений из государственного бюджета делает сложным поддержание необходимого уровня услуг по охране здоровья.
- Сокращение государственных расходов на здравоохранение в связи с экономическими потрясениями обычно происходит в то время, когда системам здравоохранения может потребоваться больше, а не меньше ресурсов, например, чтобы предпринять ответные меры в связи с негативными последствиями безработицы, а также в связи с ростом потребности в услугах, которые финансирует государство.
- Произвольные сокращения основных услуг могут еще более дестабилизировать систему здравоохранения, если они подрывают финансовую защиту, справедливый доступ к услугам и их качество, что может повысить расходы в долгосрочной перспективе. Сокращение бюджета по всем статьям лишь далее снижает эффективность и вряд ли исправит уже существующие недостатки, что потенциально может только ужесточить бюджетные ограничения.

79. Большинство стран в ответ на кризис осуществили положительные по своей сути изменения (8). Многие страны успешно мобилизовали бюджетные поступления для сектора здравоохранения, причем иногда – одновременно с дополнительными преимуществами. Примером этого служит появление налогов, благоприятно сказывающихся на здоровье населения, или более справедливое финансирование здравоохранения. Кризис стал стимулом для мер по усилению финансовой защиты, включая и распространение охвата услугами здравоохранения на дополнительные группы населения, а также сокращение или отмену платы за пользование этими услугами. В условиях растущего финансового давления страны также пытались извлечь максимальную выгоду из имеющихся ресурсов. Очень распространенной мерой стало укрепление политики в сфере лекарственных средств. Вместе с тем, страны не всегда предпринимали необходимые меры и не всегда были в состоянии добиться требуемых результатов, а порой предпринятые ими изменения приводили и к ухудшению показателей деятельности. Вследствие этого несколько стран столкнулись с

резким и при этом продолжительным сокращением государственных расходов на здравоохранение, и некоторые (хотя и ограниченные) фактические данные свидетельствуют о росте психических заболеваний, увеличении катастрофических по своим последствиям выплат из личных средств граждан, а также неудовлетворенных потребностей населения. По мере продолжения кризиса свидетельств о таких негативных последствиях может становиться все больше (особенно в странах, где уровень безработицы остается высоким). Более того, начинают проявляться и отдаленные последствия масштабных сокращений расходов и ограничения охвата.

80. Повышение эффективности как систем здравоохранения, так и медицинского обслуживания в последние годы стало для большинства стран Европейского региона важным приоритетом, и кризис – не единственная тому причина. Когда текущая ситуация требует от органов государственного управления сокращения бюджетных расходов на охрану здоровья, Галлиннская хартия подчеркивает, что делать это необходимо осмотрительно, сводя к минимуму негативные последствия для результатов деятельности системы здравоохранения, создавая дополнительные преимущества и способствуя проведению реформ для повышения эффективности в долгосрочной перспективе. Системы здравоохранения с сильной структурой лидерства и хорошо отлаженными механизмами руководства работают лучше в общем и во времена кризиса в частности. Принимая во внимание трудоинтенсивную природу сектора здравоохранения, важнейшую часть этого процесса составляет реализация поддерживающих кадровых стратегий. В условиях высокой стоимости медицинской продукции, особенно многих новых лекарственных средств, страны начинают рационально использовать научные данные и составляют руководства по обоснованному выбору лекарственных средств, которые должны обеспечиваться населению с возмещением соответствующих расходов. В Регионе возросла, таким образом, значимость ОТЗ и инвестиций в технологии электронного здравоохранения, которые считаются эффективными механизмами для организации процессов внедрения и использования в странах новой продукции с возмещением связанных с этим расходов. Более того, такие механизмы повышают эффективность систем здравоохранения и способствуют укреплению подотчетности.

81. Принятие государствами-членами стратегических, прозрачных решений межсекторального характера на дальнюю перспективу и с упором на справедливость, солидарность и финансовую защищенность позволило им избежать, по мере возможности, снижения показателей деятельности.

82. Тем самым Галлиннская хартия стала убедительным доказательством существования добродетельного цикла "здоровье–системы здравоохранения–благополучие". Вытекающие из Хартии обязательства в комплексе с функциями систем здравоохранения создают базу для приоритетного информационного обеспечения и создания потенциала для укрепления систем здравоохранения, необходимого для защиты бюджетов здравоохранения и усиления вклада здоровья и систем здравоохранения в благополучие и благополучие общества.

Пятая годовщина подписания Таллиннской хартии

83. В октябре 2013 г. в Таллинне состоялось приуроченное к пятой годовщине подписания Таллиннской хартии совещание высокого уровня, участники которого обсудили достигнутые успехи и возможные направления для дальнейших действий (10). Совещание стало еще одним подтверждением значительного энтузиазма в выполнении вытекающих из Хартии обязательств, в частности – в привязке к третьему основополагающему компоненту политики Здоровье-2020, что позволяет определять приоритеты и направления для укрепления систем здравоохранения в Регионе.

84. Даже при том, что после принятия Таллиннской хартии во многих аспектах укрепления систем здравоохранения наблюдается значительный прогресс, сохраняется и несколько проблемных сфер. Так, переориентация в сторону первичной медико-санитарной помощи и общественного здравоохранения, столь важная для улучшения конечных показателей здоровья, может быть ускорена только одновременно с формированием более глубокого понимания нужд пациентов. Миллионы людей по-прежнему испытывают финансовые затруднения при обращении за необходимыми им услугами здравоохранения. Создание стратегий в области кадровых ресурсов здравоохранения, специально ориентированных на учет потребностей пациентов и населения, требует дополнительных усилий. Сохраняется проблема профессиональной изоляции и недостаточной слаженности между организацией услуг и квалификацией их поставщиков и потребностями пациентов. Технологии здравоохранения и лекарственные средства также должны в большей степени соответствовать нуждам людей и инновациям. Наконец, требуется больше дезагрегированной информации, столь важной для воздействия на социальные детерминанты здоровья и борьбы с неравенствами в этой сфере.

85. Таким образом, в то время как Таллиннская хартия дает основу для системного мышления, политика Здоровье-2020 предоставляет согласованную рамочную основу для стратегических целей и приоритетов, которая позволяет связать такое системное мышление с подходящими мерами политики. В таком контексте становится возможным дальнейшее, целостное определение функций (см. рис. 2).

86. Государства-члены предложили несколько приоритетных стратегических направлений для дальнейшего укрепления систем здравоохранения в ближайшие годы, с учетом представленного опыта стран и на основании схемы, которую демонстрирует рис. 2. Они указали, в числе прочего, потребность в дополнительной помощи для реализации политики Здоровье-2020 и для усиления общественного здравоохранения, а также для укрепления потенциала местных органов общественного здравоохранения; все эти меры требуются для осуществления 10 основных оперативных функций общественного здравоохранения, предусмотренных Европейским планом действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения (20). В числе основных вызовов страны назвали интеграцию и координацию первичной медико-санитарной помощи, услуг стационарных учреждений и общественного здравоохранения. Также отмечалась и потребность в указаниях по эффективному управлению такими механизмами и в улучшении подготовки и распределения

кадровых ресурсов, в первую очередь – сестринского и другого персонала первичного звена, обеспечивая его необходимыми навыками для поддержки таких моделей оказания услуг. Несколько государств-членов попросили о помощи в проведении ОТЗ и в мониторинге работы систем здравоохранения.

Рисунок 2. Системы здравоохранения в контексте политики Здоровье-2020



87. Государства-члены назвали следующие сильные стороны ВОЗ: авторитет, беспристрастность, мобилизационный потенциал и способность организовывать независимые оценки, а также такие инициативы, как инновационная рамочная основа политики Здоровье-2020 и Таллиннская хартия. Особенно эффективными были названы следующие четыре направления работы Регионального бюро: (а) сбор и распространение фактических данных; (б) обеспечение подотчетности стран перед своими гражданами; (в) укрепление потенциала на уровне Региона и стран; (г) оказание технической поддержки для конкретных стран.

Путь вперед

88. Принципы и обязательства, содержащиеся в Таллиннской хартии, реализуются в политическом контексте стран, которому свойственны сложность, неопределенность, высокие ставки и, порой, конфликтующие ценности. В качестве общерегионального набора обязательств, касающихся подотчетности в отношении деятельности систем здравоохранения, Таллиннская хартия представляет собой своего рода “эксперимент”, из проведения которого можно извлечь ценные уроки как для государств-членов, так и для Регионального бюро.

89. Согласно политике Здоровье-2020, в центре системы здравоохранения должны стоять потребности людей. Это знаменует сдвиг парадигмы, при котором пациентам отводится ключевая роль в системе здравоохранения. Претворение в жизнь преобразовательных изменений, столь необходимых для перехода к системному мышлению и ориентации систем здравоохранения на нужды людей – непростая задача, которая требует отлаженного руководства и лидерства со стороны структур, которые управляют системами здравоохранения.

90. Региональное бюро подготовило стратегический документ "высокого уровня", посвященный приоритетам для укрепления систем здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ в 2015–2020 гг. (документ EUR/RC65/13) и принимающий во внимание все вышеуказанные соображения. Документ будет представлен на РК-65. В ходе консультаций с государствами-членами были определены два главных стратегических направления для дальнейших усилий по укреплению ориентированных на людей систем здравоохранения:

(i) преобразование услуг здравоохранения и их адаптация к вызовам XXI столетия и (ii) переход к всеобщему охвату услугами здравоохранения во всем Европейском регионе, без разорительных выплат из собственных средств пациентов.

91. В целях преобразования услуг здравоохранения в соответствии с вызовами XXI века Региональное бюро поможет государствам-членам в выполнении следующих задач:

- укрепление потенциала для реструктуризации услуг общественного здравоохранения;
- обеспечение комплекса преимущества услуг;
- отход от традиционных моделей оказания услуг;
- устранение четких границ между уровнями и условиями оказания помощи;
- управление процессами для достижения оптимальных результатов.

92. В целях перехода ко всеобщему охвату во всем Европейском регионе, без разорительных выплат из собственных средств пациентов, Региональное бюро поможет странам в выполнении следующих задач:

- продвижение мер политики, направленных на сокращение числа платежей за счет собственных средств пациентов;
- обеспечение достаточного государственного финансирования для систем здравоохранения;
- уменьшение раздробленности каналов финансирования системы здравоохранения;
- принятие механизмов осуществления стратегических закупок;
- обеспечение принятия эффективных и справедливых решений относительно охвата.

93. Таким образом, задача Европейского регионального бюро ВОЗ по-прежнему состоит в том, чтобы помочь государствам-членам в укреплении систем здравоохранения, которые могли бы быстрее добиваться улучшения показателей здоровья и сокращения неравенств по таким показателям, а также обеспечивать финансовую защиту и рациональное использование ресурсов общества посредством общесоциального и общегосударственного подходов. Это требует удовлетворения разнообразных потребностей всех групп населения, с особым вниманием к таким ценностям, как солидарность и социальная справедливость. Следовательно, получение необходимых услуг здравоохранения не должно приводить к денежным трудностям. Это требует, в свою очередь, повышения рациональности услуг, чтобы не допустить ненужной траты ценных ресурсов.

Также для этого потребуется большая прозрачность систем и подтверждение их готовности к проведению оценок своей деятельности в интересах подотчетности. Все это подчеркивается как духом, так и буквой Таллиннской хартии.

94. Хартия все так же служит источником вдохновения и своего рода "маяком" для укрепления систем здравоохранения как в Регионе, так и за его пределами. Таков главный посыл, исходящий из ответов государств-членов на вопросы, предусмотренные консультацией. Таллиннская хартия как таковая – это центральная часть третьей основы политики Здоровье-2020, которая призвана способствовать выполнению предусмотренных ею обязательств в контекстах более широкой и более комплексной повестки дня здравоохранения для Европейского региона.

Список литературы

- (1) Таллиннская хартия "Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния". Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2008 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/88612/E91438R.pdf?ua=1, по состоянию на 7 июля 2015 г.).
- (2) Люблянская хартия по реформированию здравоохранения. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 1996 (EUR/ICP/CARE 94 01/CN01 Rev.1; <http://www.euro.who.int/ru/publications/policy-documents/the-ljubljana-charter-on-reforming-health-care,-1996>, по состоянию на 7 июля 2015 г.).
- (3) Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2000 г. Системы здравоохранения: улучшение деятельности. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2000 (http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_ru.pdf?ua=1, по состоянию на 7 июля 2015 г.).
- (4) Figueras J and McKee M, editors. Health Systems, health, wealth and societal well-being: assessing the case for investing in health systems. Maidenhead: Open University Press; 2012 (European Observatory on Health Systems and Policies Series; <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 8 June 2015).
- (5) Предварительный доклад о ходе реализации положений Таллиннской хартии. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011 (EUR/RC61/Inf.Doc./2; <http://www.euro.who.int/ru/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/sixty-first-session/documentation/information-documents/inf-doc-2-interim-report-on-implementation-of-the-tallinn-charter-and-the-way-forward>, по состоянию на 7 июля 2015 г.).
- (6) Здоровье-2020: основы европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/publications/2013/health-2020-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century>, по состоянию на 7 июля 2015 г.).
- (7) Eurostat: your key to European statistics. In: European Commission/Eurostat/Data/Database [веб-сайт]. Brussels: European Commission (<http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>, accessed 8 June 2015).
- (8) Thomson S, Figueras J, Evetovits T, Jowett M, Mladovsky P, Maresso A et al. Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe/European Observatory on Health Systems and Policies; 2014 (Policy Summary 12; <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/policy-briefs-and-summaries/economic-crisis,-health-systems-and-health-in-europe-impact-and-implications-for-policy>, accessed 8 June 2015).

- (9) Обзор социальных детерминант здоровья и разрыва по показателям здоровья в Европейском регионе ВОЗ: заключительный доклад. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013
(<http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-who-european-region.-final-report>, по состоянию на 7 июля 2015 г.).
- (10) Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния в контексте политики Здоровье-2020: реализация положений Таллиннской хартии 2008 г. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014
(<http://www.euro.who.int/ru/media-centre/events/events/2013/10/health-systems-for-health-and-wealth-in-the-context-of-health-2020/documentation/health-systems-for-health-and-wealth-in-the-context-of-health-2020follow-up-meeting-on-the-2008-tallinn-charter>, по состоянию на 7 июля 2015 г.).
- (11) Monitoring and evaluation of health systems strengthening: an operational framework. Geneva: World Health Organization; 2009
(http://www.who.int/healthinfo/HSS_MandE_framework_Nov_2009.pdf, accessed 8 June 2015).
- (12) Tello J and Baez-Camargo C, editors. Strengthening health system accountability: a WHO European Region multi-country study. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015
(http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/277990/Strengthening-health-system-accountability-multi-country-study.pdf, accessed 8 June 2015)
- (13) Оценка деятельности систем здравоохранения: инструмент стратегического руководства в интересах здоровья в XXI веке. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2012
(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 7 июля 2015 г.).
- (14) Практический опыт проведения оценки деятельности систем здравоохранения. Многолетний процесс в Европейском регионе. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2012
<http://www.euro.who.int/ru/countries/kyrgyzstan/publications3/case-studies-on-health-system-performance-assessment.-a-long-standing-development-in-europe>, по состоянию на 7 июля 2015 г.).
- (15) WHO Conference on European Health Care Reforms, Ljubljana, Slovenia, June 1996: proceedings of the conference. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1998
(http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/108068/1/EUR_ICP_CARE_01_02_01.pdf?ua=1, accessed 8 June 2015).

- (16) The Regions for Health Network: accelerating the delivery of improved population health. In: WHO/Europe/About us/Networks/Regions for Health Network/About RHN [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/en/about-us/networks/regions-for-health-network-rhn/about-rhn>, accessed 8 June 2015).
- (17) Сеть здравоохранения Юго-Восточной Европы (SEEHN) [веб-сайт]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ (<http://www.euro.who.int/ru/about-us/south-eastern-europe-health-network-seehn>, по состоянию на 7 июля 2015 г.).
- (18) Сеть по вопросам использования данных научных исследований при формировании политики (EVIPNet) [веб-сайт]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ (<http://www.euro.who.int/ru/data-and-evidence/evidence-informed-policy-making/evidence-informed-policy-network-evipnet>, по состоянию на 7 июля 2015 г.).
- (19) WHO European Healthy Cities Network. In: WHO/Europe/Health topics/Environment and health/Urban health/Healthy cities [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/urban-health/activities/healthy-cities/who-european-healthy-cities-network>, accessed 8 June 2015).
- (20) Европейский план действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 (документ EUR/51298/12/6, <http://www.euro.who.int/ru/health-topics/Health-systems/public-health-services/publications/2012/european-action-plan-for-strengthening-public-health-capacities-and-services>, по состоянию на 7 июля 2015 г.).

= = =