



ЕВРОПА

**Европейский региональный комитет
Пятьдесят восьмая сессия**

Тбилиси, Грузия, 15–18 сентября 2008 г.

Пункт 7(b) предварительной повестки дня

EUR/RC58/Inf.Doc./4

5 августа 2008 г.

81875

ОРИГИНАЛ: АНГЛИЙСКИЙ

Первичная медико-санитарная помощь

Прилагаемый документ был подготовлен штаб-квартирой ВОЗ в целях стимулирования обсуждений в ходе пятьдесят восьмой сессии Европейского регионального комитета, касающихся стратегической и программной роли ВОЗ в укреплении возобновленной приверженности стран принципам первичной медико-санитарной помощи.

Этот документ будет рассмотрен при обсуждении пункта 7(b) предварительной повестки дня "Стратегическое управление/руководство системами здравоохранения в Европейском регионе: выполнение решений, принятых на Европейской министерской конференции ВОЗ по системам здравоохранения: "Системы здравоохранения – здоровье – благосостояние".

С учетом итогов обсуждений на сессиях шести региональных комитетов ВОЗ будет подготовлен документ для представления на 124-й сессии Исполнительного комитета в январе 2009 г. и в последующем на Шестьдесят второй сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения (ВАЗ-62) в мае 2009 г.

1. Настоящий доклад был подготовлен в целях стимулирования обсуждений в ходе сессий Региональных комитетов относительно стратегической и программной роли ВОЗ в поддержке возобновленной приверженности стран принципам первичной медико-санитарной помощи. В нем содержится обзор основной концепции и целей первичной медико-санитарной помощи, приведен анализ новых проблем и трудностей, стоящих перед системами здравоохранения, а также рассмотрены возможности первичной медико-санитарной помощи в отношении преодоления этих трудностей. В заключительном разделе документа обсуждаются некоторые наиболее актуальные вопросы, касающиеся оперативных аспектов осуществления соответствующих программ.

Первичная медико-санитарная помощь: стратегическое видение Алма-Атинской конференции

2. Тридцать лет назад Алма-Атинская декларация определила первичную медико-санитарную помощь как комплекс основополагающих ценностей для развития дела охраны здоровья, набор принципов для организации медико-санитарных служб и совокупность подходов как для удовлетворения приоритетных нужд здравоохранения, так и для воздействия на фундаментальные детерминанты здоровья.

3. Замысел был смелым. Предполагалось, что пронизанная новыми веяниями политика сможет способствовать росту уровня здоровья населения и обеспечит всем людям возможность максимально продуктивной жизни, как в социальном, так и в экономическом отношении, что, в свою очередь, будет служить мощным стимулом всеобщего развития. Но для этого было необходимо определить пути для более рационального использования ограниченных ресурсов и для того чтобы охватить уязвимые и маргинализированные группы населения основными услугами медико-санитарной помощи.

4. Декларация расширила границы концептуальной модели здравоохранения, добавив к ее медицинским аспектам также социальные и экономические измерения и констатируя, что перспективы для улучшения здоровья людей зависят от деятельности многих различных секторов общества. В соответствии с этим широким подходом с позиций общественного здравоохранения, первичная медико-санитарная помощь была нацелена на поиск решений на уровне всего населения, предназначенных для сокращения разрывов в показателях здоровья. Руководящие принципы, заложенные в Декларации, подчеркивали важность достижения социальной справедливости в доступе к основным видам помощи и в распределении благ, обусловленных прогрессом медицины и науки.

5. На уровне конкретной политики это означало, что решения об использовании финансовых и кадровых ресурсов, а также выбор рекомендуемых лекарственных препаратов и технических вмешательств должны находиться в соответствии с приоритетными медико-санитарными потребностями населения. Первичная медико-санитарная помощь придавала особую важность расширению полномочий и сопричастности местных сообществ делу охраны здоровья. Отдавая должное творческим возможностям и воле людей, этот принцип предоставлял возможность самим местным сообществам самостоятельно формулировать решения, поддерживать и проводить их в жизнь.

6. Помимо всего прочего, первичная медико-санитарная помощь, в тех пределах, в которых она была сформулирована в 1978 г., предлагала пути для организации полного спектра медико-санитарных услуг, от мероприятий на семейном уровне до больничной помощи, основанных на равноправном сочетании профилактики и лечения и при условии рационального инвестирования ресурсов в различные уровни обслуживания.

7. Принятие Алма-Атинской декларации послужило отправной точкой для развития всемирного движения “Здоровье для всех”. Однако создатели этой перспективной концепции не могли предвидеть последующих событий в мировом развитии, таких как нефтяной кризис, глобальный экономический спад и введение программ структурной перестройки. По мере истощения ресурсов для здравоохранения избирательные подходы с использованием наборов

отдельных вмешательств стали все более преобладать над первоначально намеченными целями фундаментального изменения служб охраны здоровья.

8. Возникновение ВИЧ/СПИДа и связанное с этим обострение проблемы туберкулеза, а также ухудшение ситуации с малярией сдвинули фокус внимания международного общественного здравоохранения от широкоохватных программ к экстренному преодолению кризисов, связанных с высокой смертностью населения. Все эти обстоятельства снизили уровень приоритетности первичной медико-санитарной помощи на повестке дня общественного здравоохранения.

9. В течение последнего десятилетия эпидемиологическая динамика болезней и значительное замедление прогресса по достижению международных целей в отношении здоровья вновь раскрыли критическую важность систем здравоохранения и показали неотложную необходимость в их укреплении. В процессе поиска наиболее эффективных стратегий первичная медико-санитарная помощь стала вновь рассматриваться в качестве одного из актуальных путей обеспечения полного спектра услуг здравоохранения и решения ряда конкретные проблем.

10. На ряде проведенных в последнее время международных конференций высокого уровня были проанализированы преимущества первичной медико-санитарной помощи в решении комплексных проблем здравоохранения сегодняшнего дня. Эти конференции продемонстрировали формирование возобновленной приверженности принципам первичной медико-санитарной помощи, часто на основе обширного опыта стран, в качестве зрелого подхода, доказавшего свою жизнеспособность.

11. В поддержку этой приверженности свидетельствует значительный объем накопленных фактических данных. Результаты проведенных научных исследований показывают, что системы здравоохранения, ориентированные на первичную медико-санитарную помощь, способствуют более высокому уровню удовлетворенности населения качеством обслуживания и дают лучшие результаты в отношении здоровья, причем с более экономным использованием финансовых и кадровых ресурсов. Научные данные убедительно демонстрируют мощный потенциал вмешательств на базе сообществ и направленных на сообщества, позволяющий достигать разительного по своим масштабам, устойчивого снижения заболеваемости и смертности. Что является не менее важным, научные исследования внесли дальнейший вклад в разработку ряда простых, но при этом крайне эффективных технологий, которые помогают превратить помощь на уровне местных сообществ в поистине первоклассный вид помощи.

Проблемы здравоохранения в сложных условиях современности

12. Декларация тысячелетия и поставленные в ней Цели послужили стимулом для дальнейшего развития ценностей социальной справедливости и равноправия, сформулированных в Алма-Ате. Они еще раз подчеркнули центральное место здоровья на повестке дня общественного развития в качестве ключевого стимула социально-экономической продуктивности и пути к сокращению масштабов бедности.

13. Рост политической приверженности вопросам охраны здоровья сопровождается значительным ростом финансовых поступлений из новых источников, а также развитием инициатив и партнерств в области здравоохранения. Этих усилий, хотя и несомненно носящих позитивный характер, тем не менее оказывается недостаточно для ускорения прогресса в тех условиях, когда отсутствуют системы предоставления услуг, способные обеспечить потребности наиболее нуждающихся – в необходимом объеме и своевременно. Большинство оценочных исследований хода достижения конкретных целей, относящихся к здоровью, указывают на слабость систем здравоохранения как самое главное препятствие для успеха.

14. Два основных фактора имеют значение для систем здравоохранения в связи со стремлением к достижению Целей развития тысячелетия, относящихся к здоровью. Во-первых, системы предоставления услуг должны более полно охватывать малообеспеченные слои населения,

которые, главным образом, проживают в отдаленных сельских районах и в неблагоустроенных городских кварталах. Во-вторых, должны быть созданы механизмы финансовой защиты, гарантирующие, что расходы на медицинскую помощь и особенно катастрофические расходы сами по себе не становились причиной обнищания.

15. Новый рост озабоченности в отношении потенциала систем здравоохранения совпадает с рядом тревожных тенденций. Большинство систем здравоохранения испытывают критический дефицит адекватно подготовленных кадров. Деятельность многочисленных агентств, осуществляющих программы здравоохранения, часто недостаточно взаимно скоординирована и плохо соответствует национальным приоритетам и возможностям, что обуславливает низкую эффективность и перегрузку административных систем. Инициативы, направленные на борьбу против отдельных болезней, при отсутствии адекватного планирования могут отвлекать работников здравоохранения от предоставления базовых медико-санитарных услуг. Во многих странах в оказании медико-санитарной помощи растет доля частного сектора, деятельность которого нередко плохо контролируется.

16. Постоянно растет стоимость услуг здравоохранения. Повышается уровень требований, предъявляемых потребителями. Однако ни эффективность систем здравоохранения, ни уровень социальной справедливости в отношении доступа к медико-санитарным услугам не могут повыситься сами по себе. Если не будут предприняты целенаправленные шаги, то прогресс в отношении медицинской помощи будет по-прежнему приносить благо лишь привилегированному меньшинству, в то время как малообеспеченные слои населения будут, как и раньше, лишены основных видов медицинской помощи и разрыв в показателях здоровья будет увеличиваться – как внутри, так и между странами. Мир, где резко нарушено равновесие в вопросах здоровья, не может оставаться ни стабильным, ни безопасным.

17. Во всех регионах земного шара здравоохранение все в большей мере формируется под влиянием одних и тех же мощных сил. Беспрецедентный рост международных воздушных сообщений привел к значительному обострению угрозы, которую представляют собой новые и склонные к эпидемическому распространению болезни. Заключаемые торговые соглашения оказывают глобальное влияние на доступность и стоимость различных товаров, включая продукты питания и лекарства; часто при этом весьма малое значение придается последствиям для здоровья.

18. Урбанизация и демографическое старение – это глобальные тенденции. Феномен эпидемиологического сдвига сопровождается изменениями характера питания и поведения людей. Хронические неинфекционные заболевания, которые традиционно рассматривались как признаки материально благополучных обществ, теперь ложатся наиболее тяжким бременем на страны с низким и средним уровнем доходов. Потребность в многолетнем лечении хронических больных вызывает перенапряжение и без того непрочных систем оказания помощи. Растущее число физически ослабленных лиц преклонного возраста создает дополнительную нагрузку на системы здравоохранения, кадры и социальные инфраструктуры.

19. Становится более трудно осуществлять влияние на фундаментальные детерминанты здоровья. Например, хронические заболевания в значительной степени вызываются воздействием ограниченного числа факторов образа жизни людей, однако эти факторы находятся за пределами прямого влияния со стороны сектора здравоохранения. Несмотря на то, что улучшение здоровья всегда зависело от сотрудничества многих отраслей, усилия по воздействию на детерминанты здоровья все чаще сталкиваются с интересами общественного здравоохранения с интересами мощных индустрий, проводящих агрессивную рыночную политику.

20. Глобальная взаимозависимость означает, что здоровье не только управляется глобальными причинами, но и все чаще имеет глобальные последствия, что особенно ярко проявляется в ситуациях кризисов здравоохранения, для преодоления которых требуется оказание международной помощи. Большинство экспертов соглашаются с тем, что страны с прочными системами охраны здоровья, опирающимися на местные сообщества, смогут лучше противостоять

шоковым воздействиям, вызываемым глобальными кризисами, такими как дефицит продуктов питания, изменение климата и пандемические болезни.

21. В связи с рассмотрением этих тенденций в их совокупности напрашивается ряд выводов. Следует уделять более пристальное внимание профилактике болезней – как в качестве компонента политики здравоохранения, так и за счет проведения просветительной работы на уровне сообществ, нацеленной на изменение поведения людей. Крайне важное значение имеют многосекторальные действия, в частности также в качестве вклада в профилактику. Следует принимать во внимание требования со стороны потребителей, а также устранять имеющиеся диспропорции в предоставлении основных видов помощи. В случаях чрезвычайных ситуаций и бедствий наличие прочных местных систем здравоохранения может способствовать снижению возникающих потребностей в оказании международной помощи.

22. Следует бороться с расточительством и низкой эффективностью труда. Для улучшения показателей деятельности нужны более совершенные механизмы стимулирования. Необходимость стимулов также касается и кадров здравоохранения. Помимо подготовки и направления на места большего числа работников здравоохранения, необходимо находить пути мотивирования медиков, которые трудятся в сельских районах, а также обеспечивать, чтобы медицинские работники, оказывающие помощь при различных нарушениях здоровья, обладали адекватными профессиональными навыками.

23. Вышеописанные тенденции, а также новые требования, которые они предъявляют к системам здравоохранения, заставляют искать пути повышения эффективности систем здравоохранения и улучшения показателей медико-санитарного обслуживания. Они также обусловили проведение критического анализа принципов первичной медико-санитарной помощи и тех преимуществ, которые она может дать, в частности для стимулирования роста эффективности и более сбалансированной деятельности.

Первичная медико-санитарная помощь: оптимальные решения

24. На этом фоне становится очевидным ряд преимуществ, которыми обладает первичная медико-санитарная помощь. Эти преимущества включают такие факторы, как значительный удельный вес профилактики, содействие сотрудничеству между различными секторами, а также стремление к охвату уязвимых и маргинализированных групп населения. К числу дополнительных преимуществ относится первостепенное значение, придаваемое участию населения, что рассматривается в качестве устойчивого ресурса здоровья, а также внимание к тому, чтобы используемые технологии были и адекватными, и недорогими.

25. В частности, особый упор на профилактику, индивидуальную ответственность за поддержание здоровья и здоровое поведение, приобретает дополнительную актуальность в качестве стратегии, направленной против растущей волны хронических заболеваний. Это также открывает благоприятные перспективы в отношении долгосрочной профилактики и лечения ВИЧ/СПИДа, включая предоставление антиретровирусной терапии, интегрированного лечения ВИЧ/СПИДа и туберкулеза, а также контроля малярии путем применения надкроватных сеток, обработанных инсектицидами, и домашнего лечения.

26. Значительный объем накопленных фактических данных демонстрирует вклад первичной медико-санитарной помощи в повышение эффективности использования ресурсов и общее улучшение деятельности систем здравоохранения. Как принцип организации здравоохранения, первичная медико-санитарная помощь выполняет контрольно-ограничительную функцию в отношении доступа к специализированным видам помощи, благодаря которой удается избежать массового наплыва пациентов с незначительными жалобами в службы экстренной медицинской помощи. Обеспечивая оказание помощи при тех или иных нарушениях здоровья силами медицинских работников с соответствующим набором навыков, первичная медико-санитарная

помощь вносит вклад в более эффективное использование как кадровых, так и финансовых ресурсов.

27. Системы здравоохранения, ориентированные на первичную медико-санитарную помощь, находятся в благоприятной ситуации для использования ряда новых возможностей. Механизмы, основанные на вовлечении широких слоев населения, например схемы микрофинансирования, высвобождают мощный потенциал женщин в качестве проводников позитивных изменений в сообществах. Исследования показывают, что там, где женщины участвуют в распределении финансовых ресурсов, инвестиции направляются на улучшение питания, санитарии, приобретение противомоскитных сеток и обучение детей.

28. Достижения информационных технологий предоставляют возможность связать медицинские учреждения в отдаленных районах с центрами, обладающими более высоким уровнем экспертизы. По выводам некоторых пилотных исследований, эти достижения могут также коренным образом изменить практику сбора и использования данных в рамках местных систем здравоохранения, позволяя, таким образом, добиться решения извечных проблем неадекватного мониторинга и оценки, и одновременно способствуя совершенствованию механизмов установления приоритетов.

29. Значительно увеличился вклад гражданского общества, особенно на низовом уровне: предлагаются новые модели оказания услуг нуждающимся, часто на добровольной основе, исходя из этических побуждений. В качестве ресурса, инициативы гражданского общества особенно органично сочетаются с подходами на базе местных сообществ.

30. Продолжает нарастать объем фактических данных, демонстрирующих ценность подходов, базирующихся и направленных на местные сообщества, в организации медицинского обслуживания. Наряду с их доказанной возможностью способствовать снижению заболеваемости и смертности, эти стратегии являются также многообещающими в плане экономической эффективности и стойкой поддержки со стороны населения.

31. Благодаря научным исследованиям значительно расширился арсенал технических вмешательств, пригодных для использования на уровне семьи и сообщества. Среди недавних примеров – схемы домашнего лекарственного лечения малярии и детской пневмонии, уход по методу кенгуру за недоношенными младенцами, готовые для использования пищевые продукты для домашнего лечения тяжелых нарушений питания, упрощенные наборы экспресс-диагностики малярии, устойчивые к высокой температуре воздуха препараты для лечения хронических заболеваний, а также упрощенные методы раннего выявления и лечения рака шейки матки.

Нелегкая задача практической реализации

32. Системы здравоохранения в значительной степени зависят от местных обстоятельств. Нет единого набора решений, которые гарантировали бы улучшение деятельности в любых условиях. В 1994 г. в докладе ВОЗ о ходе выполнения стратегии достижения здоровья для всех был сделан вывод о том, что наиболее надежный путь для достижения прогресса – это распространение практического опыта по преодолению проблем. Данное положение сохраняет свою актуальность и на сегодняшний день.

33. Вместе с тем, в любых условиях внедрение первичной медико-санитарной помощи связано с рядом общих трудностей. Региональным комитетам предлагается проанализировать имеющийся опыт и возможности в нижеперечисленных областях и предоставить рекомендации о том, как возобновленный подход первичной медико-санитарной помощи мог бы способствовать решению этих и других проблем.

34. **Оказание поддержки изменениям.** Первичная медико-санитарная помощь способствует росту экономической эффективности, однако из этого не следует, что это «дешевая» помощь или

что это дает правительствам возможность сэкономить на выполнении своих обязанностей по охране здоровья населения. Политическая поддержка имеет ключевое значение. В идеальных условиях такая поддержка должна быть основана на стремлении добиться равноправного охвата населения услугами базовой медико-санитарной помощи и на убежденности в том, что более благоприятные общие показатели здоровья населения являются залогом более высокой производительности труда и социальной стабильности. Не менее важную роль играет общественная поддержка, выражаемая структурами гражданского общества, неправительственными организациями и другими группами. Имеющиеся фактические данные свидетельствуют о том, что реформы, осуществляемые в ответ на требования населения, при которых политическое давление в направлении изменений оказывают сами граждане, с большей вероятностью сохраняют стойкость и последовательность в условиях нередких конъюнктурных перемен в структуре и приоритетах политической власти.

35. **Финансирование системы.** Несмотря на характерный для недавнего периода рост объемов внешней финансовой помощи для здравоохранения, в странах с низким уровнем доходов в среднем более 75% всех фондов на охрану здоровья продолжает поступать из внутренних источников. Среди 43 стран с низким уровнем дохода средний уровень суммарных расходов на здравоохранение из всех источников, включая внешнюю помощь и займы, составил в 2005 г. менее 30 долл. США на душу населения. Эта цифра значительно ниже, чем то, что считается необходимым для оплаты основного набора медико-санитарных услуг. Отсюда ясно следует, что во многих развивающихся странах в течение ряда предстоящих лет сохранится зависимость от внешней финансовой поддержки.

36. Необходимость инвестировать в укрепление систем здравоохранения недавно получила признание со стороны Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией и альянса ГАВИ. Как могла бы ВОЗ помочь странам воспользоваться новыми возможностями финансирования для укрепления своих систем здравоохранения? Важность четко функционирующих систем здравоохранения отражена также в новых инициативах, таких как Международное партнерство по здравоохранению. Как преобразовать опыт, накопленный в пилотных странах, в уроки для использования во многих других государствах? Какую роль в этом должна играть ВОЗ?

37. **Финансовая защита.** В рамках существующих финансовых ограничений правительства должны разрабатывать системы социальной защиты, финансирование которых может осуществляться за счет механизмов консолидации фондов, гарантий, предоставляемых работодателями, более эффективного сбора налоговых средств или увеличения доли национального бюджета, отводимого на нужды здравоохранения. По оценкам ВОЗ, расходы на медицинскую помощь ежегодно заставляют 150 млн. человек страдать от катастрофических финансовых последствий, при этом 100 млн. оказываются за чертой бедности. На малоимущие семьи ложится двойное бремя: они в большей степени подвержены нарушениям здоровья и таким образом больше нуждаются в медицинской помощи и в то же время они обладают наименьшими возможностями оплачивать стоимость услуг, особенно при необходимости наличных выплат. Что может быть сделано, для того чтобы помочь людям разорвать этот порочный круг?

38. **Межсекторальные действия.** Доклад Комиссии по социальным детерминантам здоровья представит анализ более широких детерминант здоровья и того, как можно на них воздействовать, используя политику и программы различных секторов. Многие из фундаментальных детерминант здоровья находятся за пределами прямого влияния сектора здравоохранения. При этом во время обсуждения приоритетов и при распределении бюджетов голос министерств здравоохранения нередко звучит недостаточно убедительно, по сравнению с другими отраслями. Как можно повлиять на другие сектора так, чтобы они применяли методику оценки воздействия на здоровье в ходе планирования своей деятельности? Что можно сделать для того, чтобы поднять престиж министерств здравоохранения в рамках правительственной иерархии?

39. **Расширение объема помощи уязвимым группам населения.** Несмотря на наличие высокоэффективных и недорогостоящих видов вмешательств, сохраняется высокая

заболеваемость и смертность в связи с многими видами болезней, борьба с которыми предусмотрена международными обязательствами. Эта ситуация создает моральный императив для расширения доступа к необходимым услугам, с обеспечением всеобщего охвата в качестве конечной цели. Вместе с тем, малоимущие семьи в основном проживают в географически отдаленных сельских районах и неблагоустроенных городских кварталах, которые находятся за пределами охвата структурами официальной системы здравоохранения. Для решения этой проблемы разрабатываются новые модели предоставления услуг для уязвимых и маргинализированных групп населения. Среди них такие инициативы, как "Основные нужды развития" (Basic Development Needs) в Регионе Восточного Средиземноморья ВОЗ, а также "Лица, голоса и места" (Faces, Voices and Places) в Американском регионе. Проводимый мониторинг продемонстрировал их потенциал в достижении групп населения с максимальными потребностями путем применения подходов на основе местных сообществ. Как воспроизвести и расширить эти модели для достижения цели всеобщего охвата?

40. **Интегрированные службы.** Успех инициативы ВОЗ/ЮНИСЕФ по интегрированному ведению болезней детского возраста (ИБВДВ), которая принята в качестве основной стратегии обеспечения выживания детей в 100 странах, прокладывает путь для будущего интегрированных подходов. ИБВДВ обеспечивает оказание высококачественной клинической помощи с использованием подходов общественного здравоохранения, в соответствии с принципами первичной медико-санитарной помощи и с учетом имеющихся ограничений в местных системах здравоохранения. Стратегия предусматривает проведение учебных мероприятий, рациональный отбор и гарантию качества основных лекарственных средств, а также смещение функций оказания помощи на максимально низовой, но в то же время достаточный в плане безопасности уровень компетентности сотрудников. Аналогичный подход, разработанный для взрослых – интегрированное ведение болезней взрослых, – лег в основу наращивания охвата антиретровирусной терапией, который в настоящее время составляет почти 3 млн. человек, проживающих в странах с низким и средним уровнем доходов. Как можно было бы использовать эти и другие модели для того, чтобы предоставление интегрированных видов обслуживания более широко применялось, стало более систематическим и общедоступным?

41. **Участие сообществ.** Развитие инициатив, содействующих участию и расширению полномочий местных сообществ, – это одно из наиболее важных достижений, обусловленных принятием Алма-Атинской декларации. Объем фактических данных, демонстрирующих эти достижения, продолжает расти. Как обеспечить распространение разнообразного накопленного опыта среди стран и формировать на его основе набор вариантов наилучшей практики для различных условий? Равным образом нужны практические рекомендации о том, как наделять местные сообщества более широкими полномочиями.

42. **Улучшение конечных показателей здоровья.** Наряду с важностью повышения эффективности и других показателей деятельности, конечная задача реформ здравоохранения заключается в том, чтобы сократить разрыв в показателях здоровья различных групп населения и повысить общий уровень здоровья людей. Для того чтобы определить, в какой мере те или иные конкретные реформы на деле вносят вклад в улучшение конечных показателей здоровья, предстоит предпринять значительные усилия в области мониторинга и оценки, сравнений между странами и обмена опытом и извлеченными уроками, особенно в отношении инновационных подходов. Имеется также значительная потребность в расширении оперативных исследований и научного анализа хода внедрения программ. Какую роль может играть ВОЗ в углублении наших знаний о том, каковы наиболее эффективные пути улучшения показателей здоровья и что лежит в их основе?