



Предварительный доклад о ходе реализации положений Таллиннской хартии

Настоящий документ предлагается членам Европейского регионального комитета ВОЗ для ознакомления. Доклад был подготовлен группой экспертов ВОЗ и независимых внешних экспертов при содействии внешней рабочей группы на основании ответов в письменной форме на вопросник, направленные государствам-членам, и данных, предоставленных руководителями страновых бюро ВОЗ и других сотрудников ВОЗ. В основу окончательной версии доклада легли итоги обсуждений по данному вопросу, состоявшихся в ходе первого совещания Европейского форума по политике здравоохранения для государственных должностных лиц высшего звена в Андорре, и двух совещаний ПКРК, которые состоялись в марте и мае 2011 г., перед его представлением Региональному комитету.

В соответствии с принятой в 1998 г. резолюцией Регионального комитета о стратегическом управлении/руководстве системами здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ (EUR/RC58/R4) в предлагаемом документе содержится среднесрочный доклад о поддержке, предоставленной Европейским региональным бюро ВОЗ, и о прогрессе, достигнутом государствами-членами в рамках выполнения решений Европейской министерской конференции ВОЗ по системам здравоохранения, проведенной в июне 2008 г. в Таллинне. В соответствии с поручением, изложенным в резолюции Регионального комитета от 2009 г. о задачах охраны здоровья в условиях глобального экономического кризиса (EUR/RC59/R3), в данном докладе также представлены некоторые предварительные выводы из приобретенного на региональном уровне опыта по противодействию экономическому кризису.

Доклад состоит из шести глав, включая введение в главе I. В главе II дается краткий обзор содержания Хартии, причем особое внимание уделяется "обязательствам", принятым государствами-членами и ВОЗ. Приводятся примеры предпринятых в соответствии с этими обязательствами действий со стороны государств-членов и поддержки со стороны Регионального бюро. В остальной части доклада более пристальное внимание уделено трем ключевым аспектам Таллиннской хартии: (i) оценка показателей деятельности систем здравоохранения как механизма совершенствования стратегического руководства и повышения подотчетности (глава III); (ii) обеспечение солидарности и улучшения показателей здоровья в условиях финансового кризиса (глава IV); (iii) усиление влияния систем здравоохранения благодаря руководству межсекторальными действиями, направленными на улучшение здоровья населения (глава V). Завершается доклад главой VI, в которой представлена оценка накопленного на сегодняшний день опыта реализации положений Хартии. В ней же изложены направления будущей работы и подчеркивается синергизм между Таллиннской хартией и политикой Здоровье-2020.

Ввиду того, что после принятия Таллиннской хартии в 2008 г. прошло сравнительно немного времени, в докладе не ставится цель оценить, в какой мере были выполнены обязательства, содержащиеся в Хартии, или сделать какие-либо окончательные выводы из процесса реализации ее положений. В соответствии с поручением, содержащимся в резолюции EUR/RC58/R4, в 2015 г. на сессии Регионального комитета будет представлен итоговый доклад, посвященный поддержке, предоставленной Европейским региональным бюро ВОЗ, и о прогрессе, достигнутом государствами-членами в рамках выполнения решений Европейской министерской конференции ВОЗ по системам здравоохранения, что позволит сделать более определенные выводы в отношении процесса осуществления положений Хартии.

Содержание

	<i>Стр.</i>
Содержание.....	2
I. Введение и общий обзор документа	1
II. Выполнение обязательств, содержащихся в Хартии: иллюстрации и основные факты.....	4
III. Оценка результатов деятельности систем здравоохранения – центральная тема Таллиннской хартии.....	17
IV. Поддержание социальной справедливости, солидарности и устойчивого улучшения здоровья в условиях финансового кризиса.....	31
V. Руководство межсекторальными мерами по укреплению здоровья как путь к улучшению результатов деятельности.....	47
VI. Достигнутый прогресс и будущие направления работы по осуществлению положений Таллиннской хартии.....	58

I. Введение и общий обзор документа

Цель доклада

1. Европейская министерская конференция ВОЗ по системам здравоохранения, состоявшаяся 25–27 июня 2008 г. в Таллинне, явилась важным событием, отражающим то значение, которое государства-члены придают как улучшению деятельности своих систем здравоохранения, так и ответственности за эти показатели. Политические обязательства были закреплены подписанием Таллиннской хартии "Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния" и последующим утверждением хартии в резолюции Регионального комитета о стратегическом управлении/руководстве системами здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ (EUR/RC58/R4). Помимо прочего, в данной резолюции содержится поручение Региональному директору "представить Региональному комитету доклад в 2011 г., а затем заключительный доклад в 2015 г., поддержке, предоставленной Европейским региональным бюро ВОЗ, и о прогрессе, достигнутом государствами-членами в рамках выполнения решений Европейской министерской конференции ВОЗ по системам здравоохранения, проведенной в Таллинне в июне 2008 г."

2. Вскоре после Таллиннской конференции разразился глобальный финансовый и экономический кризис, и к концу 2008 г. стало ясно, что во многих странах принятые в Таллинне обязательства будут "подвергнуты испытанию на прочность" ввиду необходимости в новых условиях сделать трудный выбор. Совместно с правительством Норвегии в апреле 2009 г. ВОЗ организовала в г. Осло совещание всех государств-членов по вопросу "Охрана здоровья в условиях экономического кризиса: задачи, стоящие перед Европейским регионом ВОЗ". За этим совещанием последовало принятие Региональным комитетом резолюции практически под тем же названием (EUR/RC59/R3), в которой Комитет принял к сведению рекомендации, выработанные на совещании в Осло. В этой резолюции Региональному директору было также предложено представить Региональному комитету в 2011 г. доклад "о приобретенном на региональном уровне опыте по противодействию экономическому кризису." Поскольку между обязательствами, содержащимися в Таллиннской хартии, и рекомендациями, принятыми в Осло в отношении ответных мер в связи с кризисом, существует тесная связь, в настоящий документ сведены отчеты по обоим этим аспектам.

3. Цель данного предварительного доклада заключается в том, чтобы проиллюстрировать, каким образом государства-члены воплотили в *реальные дела* различные обязательства и положения Таллиннской хартии. В конечном счете, намерение состоит в том, чтобы особо выделить нестандартные, новаторские действия и вдохновляющие примеры того, как государства-члены превратили ценности в практические действия. Поскольку после принятия Хартии прошло всего два с половиной года, было бы преждевременно ожидать, что принятые в Хартии обязательства уже могут быть выполнены, или делать какие-то выводы из опыта их выполнения. Поэтому цель не в том, чтобы *оценить*, в какой степени были реализованы обязательства, вытекающие из Хартии, или сделать какие-то окончательные выводы из процесса их реализации. Ожидается, что оценка, которая позволит сделать вывод о том, в какой степени государства-члены выполнили обязательства, содержащиеся в Таллиннской хартии (подотчетность), будет дана в заключительном докладе в 2015 г. вместе с подробным анализом уроков, вытекающих из этого процесса (приобретение знаний и опыта).

4. 2010 год был годом принятия выдвинутого директором Европейского регионального бюро ВОЗ Стратегического видения "Улучшить здоровье населения Европы", которое было утверждено резолюцией Регионального комитета EUR/RC60/R2. Стержнем этого видения является новая Европейская политика здравоохранения "Здоровье-2020". Процесс разработки политики "Здоровье-2020" явился ответом на

потребность в пересмотре политики здравоохранения во всем Европейском регионе ВОЗ в свете целого ряда глобальных тенденций, которые ярко проявляются в последние десятилетия. К этим тенденциям относятся глобализация, рост миграции населения, рост урбанизации, рост неравенства в распределении материальных благ и в доступе к медицинским и социальным услугам, ускорение технического прогресса и инноваций, повышение уровня загрязнения окружающей среды и интенсивности изменения климата, быстро расширяющийся доступ пациентов и всего населения к информации и переход к более горизонтальным подходам к руководству с подключением большего числа заинтересованных сторон. Во многих отношениях эти тенденции будут оказывать сильное воздействие на здравоохранение и на справедливость в отношении здоровья, а также на то, как общество будет реагировать на вызовы, возникающие в области охраны здоровья. В этих условиях политика "Здоровье-2020" задумана как логически последовательная, построенная на фактических данных система программных целей и принципов для Европейского региона ВОЗ, в которой будут недвусмысленно подтверждены главные положения Таллиннской хартии.

Обзор структуры доклада

5. Доклад состоит из шести глав, включая данное введение. После этой вводной главы в главе II дается краткий обзор Таллиннской хартии, причем особое внимание уделяется "обязательствам", принятым на себя как государствами-членами, так и ВОЗ. Приводятся примеры предпринятых в соответствии с этими обязательствами действий со стороны государств-членов и поддержки со стороны Регионального бюро.

6. В остальной части доклада более пристальное внимание уделено трем ключевым аспектам Таллиннской хартии:

- оценка результатов деятельности систем здравоохранения как способ совершенствования руководства и повышения степени подотчетности (глава III);
- обеспечение принципа солидарности и улучшения здоровья в период финансового кризиса (глава IV);
- усиление влияния систем здравоохранения через руководство межсекторальными действиями, направленными на улучшение здоровья населения (глава V).

7. Хотя в главе III, в частности, основное внимание уделено качеству функционирования систем здравоохранения, следует подчеркнуть, что главным стержнем Таллиннской хартии является акцент на подотчетности и ответственности за результаты деятельности. Соответственно, эта тема проходит красной нитью через весь доклад. В главе IV рассматриваются уроки и выводы из опыта принятия ответных мер в связи с кризисом в контексте основных принципов и обязательств, содержащихся в Таллиннской хартии. В главе V рассказывается, как министерства здравоохранения осуществляли роль лидера в межсекторальной деятельности по охране здоровья, а также иллюстрируется мысль о том, что на тех, кто возглавляет систему здравоохранения, лежит обязанность попытаться повлиять на факторы, воздействующие на здоровье, даже если эти факторы исходят не от системы.

8. Завершается доклад главой VI, в которой дается наш взгляд на накопленный на сегодняшний день опыт реализации положений Хартии и основных проблем, с которыми сталкивается Регион при выполнении обязательств, принятых в Таллинне. В ней также описываются направления будущей работы Европейского регионального бюро ВОЗ в свете этих проблем и подчеркивается синергизм между Таллиннской хартией и политикой Здоровье-2020.

О процессе составления доклада и использованных источниках

9. Доклад был составлен группой сотрудников ВОЗ и независимых внешних экспертов. Им помогала не входящая в структуру ВОЗ специальная рабочая группа, состоящая из экспертов из многих стран Европейского региона и включающая некоторых лиц, которые ранее входили в Группу по подготовке проекта Таллиннской хартии. Эта группа собиралась на совещания в октябре 2010 г. и в феврале 2011 г., чтобы составить план доклада и рассмотреть проекты его глав. Переработанный проект доклада был представлен и обсужден на первом заседании Европейского форума по вопросам политики здравоохранения для государственных должностных лиц высокого уровня 9 марта 2011 г. в Андорре, и высказанные на этом заседании замечания и предложения были использованы при доработке доклада.

10. Группа по составлению доклада использовала несколько источников:

- ответы государств-членов на вопросник, посланный каждому из них в январе 2011 г.¹;
- письменные предложения членов Рабочей группы;
- письменные ответы руководителей страновых бюро ВОЗ и методистов-координаторов по стратегическим целям в Региональном бюро на серию вопросов, касающихся мероприятий, связанных с Таллиннской хартией, и
- знания и письменные материалы сотрудников ВОЗ (в том числе Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения) и других членов группы по составлению доклада.

11. Если не указано иначе, источником материалов, использованных при составлении данного доклада, является та или иная комбинация перечисленного выше.

¹ Государства-члены, которые заполняли вопросник, имели возможность опубликовать свои ответы на вебсайте Европейского регионального бюро ВОЗ. Ответы государств-членов, которые согласились воспользоваться этой возможностью, можно загрузить с вебсайта <http://www.euro.who.int/>

II. Выполнение обязательств, содержащихся в Хартии: иллюстрации и основные факты

Ключевые положения данной главы:

Для претворения в жизнь ценностей солидарности и справедливости государства-члены осуществили изменения в системах здравоохранения, необходимые для удовлетворения потребностей уязвимых групп, и включили в свои системы меры по расширению охвата услугами и установлению и сохранению всеобщего характера прав граждан.

С целью обеспечения инвестиций в здравоохранение системы здравоохранения активизировали свои усилия, направленные на то, чтобы продемонстрировать хорошие показатели своей деятельности. Одним из важнейших шагов для "защиты бюджета здравоохранения" является представление убедительной аргументации, для чего необходимо продемонстрировать, что система здравоохранения обладает способностью эффективно использовать государственные средства.

Для того, чтобы стимулировать инвестиции в различных секторах в интересах охраны здоровья и в интересах наименее обеспеченных групп, лидеры систем здравоохранения стремились понять факторы, которые лежат за пределами системы и которые влияют на здоровье, и старались повлиять на эти факторы, используя фактические данные о социальных детерминантах.

Для того чтобы реально перейти "от ценностей к действиям", государства-члены способствовали повышению прозрачности и уровня ответственности и подотчетности. Когда уделяется большое внимание качеству функционирования, его анализу и вводу результатов анализа в процесс принятия стратегических решений, это позволяет вовлекать заинтересованные стороны и повышать уровень прозрачности и подотчетности.

Для того, чтобы способствовать широкому общественному участию и поставить в центр политики здравоохранения граждан, государства-члены стремились к достижению разумного соотношения между ответственностью государства, ответственностью общества и ответственностью гражданина за свое здоровье, добиваясь большей отзывчивости своих систем здравоохранения к потребностям населения и обязуясь защищать права пациентов.

Для того, чтобы содействовать обмену знаниями и опытом и сотрудничеству между странами и извлечь из него максимальную пользу, Европейское региональное бюро ВОЗ и государства-члены дали возможность руководящим лицам в Регионе, вырабатывающим политику, оценить потенциал своих систем здравоохранения и свой выбор политики посредством создания сетей для неформальных обменов, сравнительного анализа и оценок в сопоставлении с эталонами.

12. Утверждая Таллиннскую хартию, государства-члены Европейского региона ВОЗ выразили приверженность и готовность к действиям по следующим направлениям:

- а) **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;

- b) **инвестировать в системы здравоохранения и всемерно содействовать соответствующим инвестициям во всех отраслях, влияющих на здоровье**, используя фактические данные, подтверждающие связи между социально-экономическим развитием и здоровьем;
- c) **развивать атмосферу гласности и прозрачности, повышать уровень подотчетности** в отношении деятельности системы здравоохранения в целях достижения измеримых результатов;
- d) **повышать уровень отзывчивости систем здравоохранения** к нуждам, запросам и ожиданиям людей, признавая их права, но также и ответственность по отношению к собственному здоровью;
- e) **вовлекать все заинтересованные стороны** в процессы формирования и реализации политики;
- f) **всемерно содействовать международному обмену опытом и развивать сотрудничество** в области планирования и осуществления реформ здравоохранения на национальном и субнациональном уровнях;
- g) **обеспечивать готовность систем здравоохранения к эффективному преодолению кризисных ситуаций**, оперативное сотрудничество друг с другом, а также выполнение Международных медико-санитарных правил.

13. В пунктах 7 и 8 Таллиннской хартии ВОЗ приняла на себя обязательство совместно с организациями-партнерами оказывать поддержку европейским государствам-членам в реализации положений Хартии, включая "содействие обмену опытом по осуществлению вышеперечисленных действий." Во исполнение этого обязательства в данной главе приводятся примеры действий, предпринятых странами, и поддержки со стороны ВОЗ, которые соответствуют обязательствам, содержащимся в Хартии.

14. Поскольку обязательства, касающиеся справедливости и солидарности, прозрачности и подотчетности, а также инвестиций во всех отраслях, направленных на улучшение здоровья, более подробно рассматриваются в других главах доклада, здесь они будут рассмотрены лишь кратко. Наконец, следует отметить, что на практике многие реформы и мероприятия, проведенные странами и ВОЗ, отражают не одно, а несколько обязательств, и рассмотрение этих мер по отдельности было бы искусственным и создавало бы неверную картину. Вот почему мы ниже перегруппировали эти обязательства, чтобы представляемая в докладе информация лучше отражала действительность.

Претворение в жизнь ценностей солидарности и социальной справедливости

15. Большинство мер, принятых органами здравоохранения в государствах-членах и ВОЗ, можно трактовать как способствующие претворению в жизнь ценностей солидарности и справедливости. Однако для того, чтобы такой подход был более реалистичным, внимание в обзоре сосредоточено на нескольких конкретных аспектах. В частности, мы выделили примеры направлений политики, действий и решений о распределении ресурсов, в которых в явном виде отражается забота о справедливости в доступе к услугам и о солидарности в финансировании услуг и уделяется пристальное внимание нуждам уязвимых групп. Глобальный экономический и финансовый кризис, который разразился вскоре после принятия Хартии, стал своеобразной проверкой на прочность приверженности стран этим базовым ценностям, и приведенные здесь примеры показывают, как эти ценности помогли определить ответные меры, принятые системами здравоохранения. Более глубокий анализ этих вопросов содержится в главе IV.

16. В нескольких странах центральное место в приведении систем здравоохранения в соответствие с базовыми ценностями, воплощенными в Хартии, заняли реформы финансирования здравоохранения. В некоторых случаях эти реформы включали в себя меры по установлению и поддержанию принципа всеобщности прав или расширению охвата услугами/прав на определенные уязвимые группы. Ярким примером может служить принятая в Турции "Программа преобразования здравоохранения", в которой предполагается объединение страховых выплат по ранее различным страховым гарантиям под единой национальной всеобщей системой страхового покрытия (включая субсидируемое покрытие граждан с низким уровнем доходов) и предоставление обусловленных денежных трансфертов беременным женщинам для содействия в получении дородовой помощи. В Республике Молдова в 2009 г. в соответствии с рекомендациями, полученными от ВОЗ, правительство ввело всеобщее покрытие услугами первичной медико-санитарной помощи для всех граждан независимо от их статуса медицинского страхования и инициировало принятие дополнительных мер по облегчению внесения в официальные списки отдельных лиц и малых предприятий². В Словении принятые в 2008 г. поправки к Закону о медико-санитарной помощи и медицинском страховании наделили примерно 100 тысяч граждан с наименьшими доходами правом оплаты их взносов по дополнительному страхованию из государственного бюджета. Такая мера частично отменила ранее регрессивную систему, при которой суммы взносов совершенно не зависели от доходов. Ключевым фактором успеха этих перемен было приведение политики расширения покрытия в соответствие с ресурсами, необходимыми для ее реализации. Если бы реформы не были подкреплены необходимыми изменениями в потоках ресурсов, они бы остались скорее декларативными, нежели реальными.

17. Помимо изменений в обеспечении ресурсами, для реальных и полноценных реформ могут также потребоваться изменения в административных процедурах. Например, правительство Сербии продемонстрировало свою приверженность всеобщему охвату услугами тем, что приняло решение обеспечить покрытие всему цыганскому населению страны. Однако реализации этого нормативного акта мешали административные барьеры. В 2010 г. министерство здравоохранения обратилось к ВОЗ с просьбой предоставить технические консультации для решения этого вопроса, и в результате были выработаны рекомендации по облегчению регистрации цыган (а также лиц, длительное время не имеющих работы) в национальном фонде медицинского страхования.

18. Новым важным уроком стала важность координации непрерывных мер по мониторингу и анализу с потребностями лиц, вырабатывающих политику (то есть создание условий для принятия решений на основании фактических данных). Разветвленные системы мониторинга существуют во многих странах, но часто они организованы исходя из потребностей конкретных программ, а не системы в целом. Такая ситуация была признана беспокоящей в Российской Федерации, где, например, в рамках вертикальной программы ведется тщательный мониторинг смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, но при этом практически отсутствует мониторинг деятельности поставщиков медико-санитарной помощи, которая оказывает важное влияние на распространенность сердечно-сосудистых заболеваний. В совокупности информации более чем достаточно, однако она не организована таким образом, чтобы быть полезной для лиц, вырабатывающих политику. Признавая этот факт, министерство здравоохранения Российской Федерации совместно с ведущими экспертами страны и ВОЗ провело в мае 2010 г. общенациональный семинар с целью инициирования диалога по вопросам оценки результатов деятельности и формирования политики на основе фактических данных.

² Jowett M, Shishkin S (2010). Extending population coverage in the national health insurance scheme in the Republic of Moldova.. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Financing Policy Paper 2010/1, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/79295/E93573.pdf).

19. Кроме реформ в области финансирования, государства-члены ввели ряд других изменений в системы здравоохранения, чтобы должным образом отреагировать на нужды уязвимых групп. Одним из важных направлений реформ были изменения, направленные на то, чтобы сделать услуги более доступными и приемлемыми для мигрантов. Для этого потребовались такие меры, как сочетание индивидуальной работы с мигрантами на местах и услуг по укреплению здоровья мигрантов, а также организация подготовки и непрерывного обучения медицинских работников, чтобы можно было лучше адаптировать услуги на базе медицинских учреждений к нуждам и культурным особенностям конкретных категорий мигрантов. В Португалии и Швейцарии осуществлены программы, которые включают эти элементы. В 2010 г. в рамках сотрудничества с Европейской комиссией ВОЗ разработала рекомендации о том, как системы здравоохранения могли бы наиболее эффективно решать проблемы несправедливости, связанные с миграцией и этнической принадлежностью³.

Инвестирование в системы здравоохранения

20. Финансовый и экономический кризис повлиял на способность правительств выделять средства на здравоохранение, хотя и в разной степени. Выводы из опыта принятия ответных мер в связи с кризисом описываются в главе IV, однако здесь мы остановимся на том, как несколько министерств здравоохранения воспользовались поддержкой ВОЗ в этой области.

21. Когда проводилась Таллиннская конференция, никто и не догадывался, что вот-вот грянет глобальный финансовый кризис. Так получилось, что во время конференции чешская делегация обратилась к ВОЗ с просьбой оказать помощь в выработке технической повестки дня конференции по проблеме устойчивости систем здравоохранения, проведение которой было запланировано через год в рамках председательства Чешской Республики в Европейском союзе (ЕС). Вместе с чешским министерством здравоохранения ВОЗ (включая Европейскую обсерваторию по системам и политике здравоохранения) подготовила для этой конференции технический справочно-аналитический материал^{4,5,6}. Благодаря этой технической работе также был заложен фундамент для участия в усилиях отдельных стран по сохранению государственных расходов на здравоохранение на прежнем уровне и для предоставления поддержки этим усилиям. Так, в ответ на просьбу министерства здравоохранения Латвии ВОЗ в сентябре 2010 г. выступила в ходе парламентских дебатов по бюджету здравоохранения. В сотрудничестве с Фондом медицинского страхования и министерством социальных дел Эстонии был опубликован доклад *Responding to the challenge of financial sustainability in Estonia's health system* ["Ответные меры по решению проблемы финансовой устойчивости системы здравоохранения Эстонии"]⁷, презентация

³ WHO (2010). How health systems can address health inequities linked to migration and ethnicity. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

(http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/127526/e94497.pdf).

⁴ Fernández JL et al. (2009). How can European states design efficient, equitable and sustainable funding systems for long-term care for older people? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies (Health Evidence Network/Observatory Policy Brief 11, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/64955/E92561.pdf).

⁵ Rechel B et al. (2009). How can health systems respond to population ageing? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies (Health Evidence Network/Observatory Policy Brief 11, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/64966/E92560.pdf).

⁶ Thomson S et al. (2009). Addressing financial sustainability in health systems. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/76041/E93058.pdf).

⁷ Thomson S et al. (2010). Responding to the challenge of financial sustainability in Estonia's health system. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Financing Policy Paper 2010/2, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/107877/E93542.pdf).

которого состоялась в 2010 г. при участии Регионального директора. В докладе и на проведенной по этому случаю конференции была сделана прямая ссылка на Таллиннскую хартию; в процессе этой работы выяснялись ценности, которым отдавали предпочтение ключевые заинтересованные стороны, что явилось отражением еще одного обязательства, принятого в Хартии.

22. Как из работ, проводимых на уровне разработки концепций и принципов, так и из работы в конкретных странах следует важный вывод: для того, чтобы "защитить бюджет здравоохранения", министерства здравоохранения должны представить убедительные аргументы, т.е. продемонстрировать, что система здравоохранения обладает способностью эффективно использовать государственные средства. Этот шаг имеет критическое значение для успеха. Таким образом, можно говорить о существовании имеющей большое значение связи между центральным тезисом Таллиннской хартии и способностью сохранить готовность государства выделять средств на нужды здравоохранения: системам здравоохранения нужно демонстрировать хорошие результаты своей деятельности.

Стимулирование инвестиций в различных секторах в интересах охраны здоровья и с особым вниманием к малоимущим слоям населения

23. Это обязательство отражает согласие с тем, что одним из элементов полноценного стратегического управления, осуществляемого системой здравоохранения, является необходимость понять факторы, лежащие вне системы, но влияющие на здоровье, и попытаться воздействовать на них, используя при этом фактические данные о социальных детерминантах. Накопленный опыт и выводы из этого опыта детально рассматриваются в главе V, однако здесь отмечаются несколько основных фактов, отражающих как всеобъемлющие, так и специфические проблемно-ориентированные подходы.

24. В Норвегии, Польше, Португалии и Эстонии правительства приняли широкий комплекс мер, направленных на то, чтобы воздействовать на социальные детерминанты здоровья и неравенства в отношении здоровья. В число этих мер вошли налогообложение (например, алкогольных напитков, табачных изделий и сахара в напитках), вмешательства в таких областях, как обеспечение жильем, занятость, школы и наркомания, и социальная поддержка. В этих странах в осуществление этих мер вовлечены многие министерства и местные органы власти, при этом роль катализатора играет министерство здравоохранения. Программа Норвегии содействует проверке исполнения принятых решений тем, что в ней предусмотрена единая система отчетности для всех участвующих министерств/секторов, а общая ответственность за руководство возложена на директорат здравоохранения. Директорат опубликовал первый доклад о норвежской политике общественного здравоохранения за 2009 г. и будет представлять такие доклады ежегодно. В них будет включена информация от различных секторов. Аналогичным образом национальный план здравоохранения (НПЗ) Эстонии на период 2009-2020 гг. определяет министерство социальных дел как головное ведомство по координации межсекторального сотрудничества. Все министерства представляют годовые планы деятельности, связанной с охраной здоровья, отчитываются об их выполнении и результатах и имеют своих представителей в комиссии по руководству НПЗ, которая устанавливает общие приоритеты для всех министерств относительно охраны здоровья.

25. Признание важности подключения других секторов к политике здравоохранения также имеет большое значение и при решении совершенно конкретных проблем. Например, в Российской Федерации была принята широкая федеральная программа по борьбе с травматизмом в результате дорожно-транспортных происшествий. Эта

программа реализуется в тесном сотрудничестве с министерством внутренних дел и при технической поддержке со стороны ВОЗ.

Прозрачность и подотчетность в отношении показателей деятельности

26. В Хартии придается большое значение развитию атмосферы гласности и прозрачности и повышению уровня подотчетности на основе оценки прогресса в достижении измеримых результатов. По сути дела акцент на результаты деятельности, их анализ и ввод полученных данных в процесс формирования политики и принятия решений является центральной темой Хартии, теснейшим образом связанной с тезисом о переходе "от ценностей к действиям". Страны, выполняющие это обязательство, принимали меры к тому, чтобы оценить, проанализировать результаты деятельности своих систем здравоохранения и/или последствия конкретных реформ и проинформировать об этих результатах общественность. Поскольку этот вопрос является предметом рассмотрения в главе III, мы не будем здесь вдаваться в детали, а только выделим несколько наиболее важных моментов.

27. Опыт государств-членов показывает, что оценка результатов деятельности и в самом деле является эффективным средством повышения уровня прозрачности и подотчетности. Оценка результатов деятельности может не только служить средством, позволяющим сделать верные выводы из опыта реализации политики, но и представлять собой процесс, посредством которого можно вовлекать заинтересованные стороны и повышать уровень прозрачности и подотчетности. Прекрасным примером этого является первый доклад о результатах деятельности системы здравоохранения Бельгии, опубликованный в 2010 г. В этом докладе и связанных с ним документах, которые были подготовлены для председательства Бельгии в ЕС, отмечаются два главных побудительных мотива для выполнения этой работы: первый – прямое упоминание о ее необходимости в Таллиннской хартии, а второй – наличие в коалиционном соглашении, заключенном в марте 2008 г., пункта об общественном здравоохранении, в котором говорится, что "результаты деятельности нашей системы здравоохранения (включая ее качество) должны оцениваться на основании поддающихся измерению целей"^{8 9}. Акцент на поддающиеся измерению результаты деятельности был основой соглашения, заключенного между партиями, вошедшими в коалицию. Точно так же оценка результатов деятельности служит средством объединения областей и в Италии. Например, в феврале 2011 г. было проведено организованное Национальным агентством по региональным услугам здравоохранения (AGENAS) совещание по вопросам оценки результатов деятельности на уровне областей, которое прошло под флагом Таллиннской хартии и в котором приняли участие 18 из 20 областей и автономных провинций Италии. В настоящее время AGENAS занимается составлением единого технического задания для оценки деятельности в Италии.

28. Главный вывод, который вытекает из всего этого, состоит в том, что очень важно обеспечивать соответствие предпринимаемых мер по мониторингу и анализу потребностям руководящих лиц, формирующих политику (т.е. создавать основу для принятия решений на основе фактических данных). Во многих странах имеются разветвленные системы мониторинга, но часто эти системы организованы под нужды каждой конкретной программы, а не системы здравоохранения в целом. Нередко собирается огромный объем данных, но организация и анализ этой информации не

⁸ Belgian EU Presidency Report (2010). Performance of the Belgian health system: a first step towards measuring...". Brussels, Belgian Health Care Knowledge Centre (http://www.inami.fgov.be/information/all/studies/study48/pdf/performance_health_care_EN.pdf).

⁹ Vlayen J et al. (2010). A first step towards measuring the performance of the Belgian health care system. Brussels, Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE) (KCE reports 128B (D/2010/10.273/26) with a French summary, http://www.kce.fgov.be/index_en.aspx?SGREF=5216&CREFF=16543).

служит целям ни управления, ни принятия стратегических решений. Это было признано проблемой, например, в Российской Федерации, где в каждой федеральной вертикальной программе имеется собственная система мониторинга со своими задачами и в каждом регионе страны скрупулезно измеряются показатели пользования услугами медико-санитарной помощи и распределение финансовых средств по отдельным областям здравоохранения. Это привело к избытию информации, которая, к сожалению, мало что дает руководящим лицам, формирующим политику. Признавая этот факт, министерство здравоохранения Российской Федерации совместно с ведущими экспертами страны и ВОЗ провело в мае 2010 г. общенациональный семинар с целью инициирования диалога по вопросам оценки результатов деятельности и формирования политики на основе фактических данных.

29. Еще один вывод: важно применять сочетание методов количественного и качественного анализа. Хотя количественные показатели позволяют получить моментальный снимок результатов деятельности системы в данной области, они редко показывают всю картину причинно-следственных связей и потенциальных решений проблем. Иными словами, показатели могут описывать динамику, но не могут объяснить ее. Например, коэффициенты материнской смертности – стандартный международный инструмент, широко применяемый для оценки улучшений в охране материнства – ничего не говорят о том, от каких клинических состояний умирают отдельные женщины, какие факторы привели к их смерти, как можно было их предотвратить и какие именно категории матерей умирают чаще всего. Для разрешения этой конкретной проблемы такие государства, как Казахстан, Кыргызстан, Республика Молдова, Таджикистан и Узбекистан приняли применяемый ВОЗ подход "За фасадом цифр", в соответствии с которым результаты конфиденциальных расследований отдельных случаев материнской смертности сводятся в более широкие обзоры результатов деятельности по охране материнства. Аналогичным образом, при поддержке ВОЗ ряд государств-членов провели углубленные обзоры результатов природоохранной деятельности, чтобы дополнить информацию, формируемую на основании количественных показателей, содержащихся в Информационной системе ВОЗ "Окружающая среда и охрана здоровья".

Претворение в жизнь общей ценности общественного участия: отзывчивость систем здравоохранения к нуждам населения и вовлечение заинтересованных сторон

30. "Общественное участие" является одной из общих ценностей, содержащихся в Хартии, а также в политике "Здоровье для всех", которые обязались претворять в жизнь государства-члены. Практическое воплощение в жизнь этой ценности становится более явным в двух других обязательствах Хартии: сделать системы здравоохранения более отзывчивыми к нуждам населения и вовлекать заинтересованные стороны как в разработку, так и в реализацию политики. Последнее представляет собой обязательство осуществлять процесс широкого общественного участия, тогда как первое обязательство отражает стратегическую цель обеспечения отзывчивости к ожиданиям, нуждам и предпочтениям людей. Иными словами, эта стратегическая цель может быть выражена как помещение граждан в самый центр политики здравоохранения и стремление достичь разумного баланса между ответственностью государства, общества и индивидуума за здоровье. В данном разделе мы выделяем примеры действий, предпринятых государствами-членами, и поддержки со стороны ВОЗ в отношении этих различных аспектов широкого участия заинтересованных сторон.

31. Несколькими государствами-членами было продемонстрировано намерение в рамках комплексных национальных стратегий здравоохранения добиться большей ориентации своих систем на интересы и нужды граждан. Одним из последних примеров является Национальный план здравоохранения Эстонии на период 2009-2020 гг., одна из целей которого заключается в создании среды, облегчающей всем и каждому выбор в

пользу здоровья и расширяющей права и возможности людей в отношении своего здоровья. Даются рекомендации о том, как граждане могут принимать меры для сохранения и улучшения собственного здоровья, а обязательству защищать права пациентов соответствует намерение повышать информированность граждан об этих правах в системе здравоохранения. В школах будут преподаваться основы санитарных знаний и здорового поведения. Эффект этих изменений, в том числе изменений в поведении населения в отношении здоровья, будет оцениваться посредством ежегодных обследований.

32. Еще один механизм, принятый во многих странах – это использование программных документов или законодательно-нормативных инструментов для определения прав пациентов и повышения информированности о них. В национальном плане здравоохранения Норвегии в положительной форме указываются основные аспекты таких прав – например, приемлемое время ожидания в очереди на получение услуг. В марте 2010 г. вступил в силу Закон Латвии о правах пациентов, который был разработан при технической помощи ВОЗ. В этом законе перечислены права и целый ряд аспектов, таких как право людей на получение информации об их медицинской документации, право на консервативное лечение (согласие или отказ), выбор врача и лечебного учреждения, защита персональных данных и другие права. Используются также и нормативные инструменты, например, принятые в Португалии хартия о правах и обязанностях пользователей национальной системы здравоохранения и хартия о госпитализации граждан (обе хартии приняты министерством здравоохранения).

33. Во многих странах используются "горячие линии" или механизмы на базе Интернета. Такие механизмы обычно выполняют две функции: они являются средством выяснения мнений граждан по вопросам, касающимся здоровья или систем здравоохранения, а также средством высказывания гражданами своих жалоб. На веб-сайте министерства здравоохранения Азербайджана указан телефонный номер горячей линии министерства, по которой граждане могут задать любой вопрос. В Португалии все учреждения, в которые поступает официальная жалоба, обязаны давать на нее ответ.

34. Страны также стремятся обеспечить более широкое участие заинтересованных сторон в разработке и реализации политики и добиваются этого разнообразными способами. На уровне разработки национальной политики здравоохранения можно привести многочисленные примеры привлечения заинтересованных сторон. В конце 2009 года Кыргызстан начал разрабатывать новую стратегию в секторе здравоохранения на период 2012-2016 гг., и для руководства этой работой в министерстве была создана рабочая группа. Эта рабочая группа проводит регулярные встречи с представителями гражданского общества для обсуждения ключевых элементов стратегии. На протяжении всего процесса ВОЗ предоставляет техническую помощь, включая организацию широких дискуссий в ноябре 2010 г.

35. Страны также привлекают заинтересованные стороны к решению конкретных проблем здравоохранения и разработке стратегий в отдельных областях здравоохранения. Например, в Словакии были созданы рабочие группы для решения целого ряда проблем, таких как определение нормативов для сети лечебно-профилактических учреждений, выработка политики в отношении услуг неотложной помощи и политики в отношении лекарственных средств. В число участников входят компании медицинского страхования, ассоциации больниц, национальные эксперты и профессиональные объединения. В Швейцарии для содействия в подготовке проекта федерального закона о профилактике заболеваний и укреплении здоровья была создана рабочая группа, включающая представителей кантонов, государственных и частных ведомств и организаций и федерального государства, которая сформулировала описание национальных целей в области профилактики заболеваний, включенное затем во временный вариант законопроекта. А в Армении межведомственной рабочей группой, в которую входили

представители министерств здравоохранения, образования и финансов, полиции и других местных и международных партнеров, при постоянной технической поддержке со стороны ВОЗ была разработана национальная стратегия в области охраны здоровья детей и подростков. Стратегия была утверждена правительством в 2009 г.

36. Хорошей иллюстрацией важности подключения заинтересованных сторон для обеспечения эффективной реализации реформ является опыт Латвии. Для того, чтобы оценить варианты реформирования системы оплаты лабораторных и диагностических исследований, министерство здравоохранения образовало рабочую группу экспертов из неправительственных организаций (НПО), различных государственных учреждений и независимых лабораторно-диагностических учреждений. В результате было выработано практическое решение – план реализации, состоящий из двух этапов и предполагающий вначале переходный период для внедрения новой методики оплаты, а затем проведение оценки, чтобы определить, будут ли нужны коррективы после начального периода.

37. Эти примеры иллюстрируют разные способы, которыми государства-члены (часто с помощью ВОЗ) отразили в своих системах здравоохранения ценность широкого участия заинтересованных сторон – от мер по обеспечению широкого участия в процессах разработки и реализации политики до усилий, направленных на то, чтобы их системы были отзывчивы к нуждам и предпочтениям своего населения.

Обмен знаниями и опытом и сотрудничество между странами

38. Одна из главных функций ВОЗ заключается в том, чтобы способствовать обмену знаниями и опытом между странами по широкому кругу вопросов здравоохранения, включая опыт проведения реформ здравоохранения на национальном и субнациональном уровне. В Таллиннской хартии особо подчеркивается важность такого обмена, ответственность за организацию которого лежит не только на ВОЗ, но и на самих государствах-членах. К числу полезных форм этой работы относятся проведение анализов и синтетических исследований по техническим и стратегическим вопросам и распространение их результатов, прямое взаимодействие с руководителями высшего звена, проведение национальных и международных встреч и семинаров, которые служат форумом для диалога по вопросам политики, программы обучения и сочетание этих форм. Еще одним ценным механизмом является сравнение результатов деятельности систем здравоохранения разных стран, но этот механизм рассматривается в главе III.

39. Анализы и синтетические исследования по стратегическим вопросам уже в течение многих лет являются главным продуктом деятельности Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения и Сети фактических данных по здравоохранению Регионального бюро. В рамках технических программ ВОЗ также было проведено немало таких исследований, часто в сотрудничестве с Обсерваторией, например, изданная недавно книга об уроках из опыта проведения реформ в области финансирования здравоохранения. Кроме того, многочисленные аналитические работы, необходимые для государств-членов, были выполнены организациями-партнерами, такими как Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) и Всемирный банк, часто при участии ВОЗ. Поскольку между странами существуют различия по целому ряду важных аспектов, для обмена действительно полезными знаниями между странами очень важно, чтобы в полученных уроках из опыта было найдено то, что относится к конкретным условиям конкретных стран. Поэтому уроки, полученные из опыта нескольких стран, лучше всего передавать путем прямого диалога со страной-"получателем", чтобы она могла сделать для себя правильные выводы, соответствующие ее специфике. Такой диалог составляет важную часть деятельности ВОЗ в Регионе.

40. Несколько аспектов этой деятельности можно проиллюстрировать на примере участия ВОЗ в решении вопросов финансирования здравоохранения в Болгарии в 2010 г.

По просьбе министерства здравоохранения и в атмосфере горячих внутренних споров относительно направления реформ в области медицинского страхования ВОЗ организовала семинар по вопросам политики с участием экспертов из нескольких стран. Для того, чтобы разумно применить международный опыт к условиям Болгарии, семинару предшествовала миссия экспертов, которая провела анализ системы финансирования здравоохранения и приоритетов в проведении реформы. После такой подготовительной работы ВОЗ при содействии Обсерватории и, что также важно, при участии Всемирного банка провела семинар, в котором участвовали эксперты из Литвы, Нидерландов, Словакии, Словении и Чешской Республики. Вместе оба эти мероприятия – семинар и миссия – способствовали плодотворным дебатам о том, в каком направлении должна идти реформа страхования, и позволили выявить недостатки существующей системы и возможности для реализации разных вариантов в условиях Болгарии, чтобы достичь стратегических целей, соответствующих положениям Таллиннской хартии.

41. Одним из механизмов, возникших непосредственно под влиянием Таллиннской хартии, стал, в частности, новый "Банк знаний, опыта и экспертных оценок" ВОЗ. Издаваемые этим банком "Технические записки" посвящены как процессу, так и содержанию реформ и направлены на то, чтобы помочь выработать глубокое понимание уроков из опыта осуществления реформ. Первые результаты такой формы работы, полученные в 2010 г., основаны на богатом и разностороннем опыте реформирования здравоохранения, накопленном Испанией за последние два с половиной десятилетия на уровне провинций в рамках единого национального закона, которым предусмотрен всеобщий доступ к здравоохранению. "Банк знаний, опыта и экспертных оценок" дает возможность руководящим лицам, ответственным за принятие решений, в оценке различных вариантов политики полагаться на опыт своих коллег в Регионе. "Технические записки" хотя и начали издаваться впервые в Испании, но оказались полезными для диалога по вопросам укрепления организационно-кадрового потенциала и политики в Польше, Республике Молдова и Черногории. Они также были использованы в качестве основы для подготовки учебных материалов для базирующихся в Барселоне курсов по развитию систем здравоохранения для стран Центральной Азии и Кавказа. Таким образом, "Банк знаний, опыта и экспертных оценок" стал действенным инструментом налаживания взаимного обмена опытом и знаниями как внутри государств-членов, так и между ними.

42. Действенным механизмом обмена знаниями между странами является создание неформальных сетей и обмен информацией и опытом. Так, в течение нескольких лет руководители фармацевтического сектора в странах ЕС дважды в год собираются на встречи Сети по обмену информацией по вопросам ценообразования на фармацевтическую продукцию и возмещения расходов для обсуждения вопросов стратегического характера (например, как стимулировать сбыт лекарственных препаратов-генериков, сотрудничество в вопросах оценки лекарств, обмен ценовой информацией в особых случаях для установления цен на новую продукцию, установка базовых цен и т.д.). Эта сеть, работу которой возглавляет австрийский институт общественного здравоохранения (Gesundheit Österreich), а поддержку оказывают Европейская комиссия и ВОЗ, превратилась в самостоятельную сеть государств-членов.

43. Как было отмечено выше, программы обучения также являются средством взаимного обмена знаниями между странами в области реформ в секторе здравоохранения. Начиная с 2004 г. Европейское региональное бюро ВОЗ и Институт Всемирного банка сотрудничают в области разработки и проведения региональных, субрегиональных и национальных "флагманских" курсов по вопросам реформирования систем здравоохранения, финансирования здравоохранения и проблемам бедности и справедливости. Партнерами по проведению этих курсов стали институты в Венгрии и Кыргызстане. Широкий круг тем, таких как интеграция ЕС и системы здравоохранения,

старение, реорганизация больниц и оценка технологий здравоохранения рассматривался в летней школе Обсерватории в Венеции.

44. Другие примеры из практического опыта отражают похвальные усилия государств-членов, которые по своей инициативе начали обмен мнениями, обсуждение и предложение совместных позиций в отношении проблем, возникающих в связи с мерами по улучшению деятельности систем здравоохранения. В 2010 г. премьер-министры Латвии, Литвы и Эстонии создали специальную рабочую группу по вопросам здравоохранения. Ей было поручено оценить, насколько рационально было бы создать единую систему закупок лекарственных препаратов и медицинского оборудования за счет государственных средств, образовать совместные специализированные медицинские центры для более рационального использования высококвалифицированных кадров, координировать неотложную медицинскую помощь в приграничных населенных пунктах трех стран и создать единую систему пересадки человеческих органов и единый банк спермы и центр лечения бесплодия. В Хорватии министерство здравоохранения и социального обеспечения совместно со Школой общественного здравоохранения организовало международную конференцию "Опыт осуществления реформ здравоохранения в Республике Хорватия". На конференции были представлены результаты реформирования системы здравоохранения в Хорватии, и участникам из многих стран (Австрии, Албании, Боснии и Герцеговины, Венгрии, бывшей югославской Республики Македония, Сербии, Словении и Черногории), а также представителям ВОЗ и Всемирного банка была предоставлена возможность обсудить проблемы и предложить варианты решений из собственного опыта.

45. Европейский регион ВОЗ в целом и группы государств-членов в частности при поддержке опытных специалистов, предоставленных ВОЗ, укрепили полноценно действующие платформы для взаимного обмена знаниями и опытом и налаживания организованного международного сотрудничества. Такие усилия направлены на то, чтобы оказать помощь руководителям здравоохранения в Регионе, формирующим политику, в принятии обоснованных решений в отношении выбора имеющихся у них вариантов политики, чтобы этот выбор основывался на фактических данных, полученных в их собственной стране и входящих в нее областях или провинциях, и дать им возможность оценить реальный потенциал своих систем здравоохранения и направлений политики путем сравнительного анализа и сопоставления с имеющимися в Регионе эталонами.

Готовность систем здравоохранения и Международные медико-санитарные правила

46. Седьмое обязательство, содержащееся в Таллиннской хартии, состоит в том, что государства-члены будут обеспечивать готовность и способность систем здравоохранения эффективно реагировать на кризисные ситуации и будут сотрудничать друг с другом и принимать меры к выполнению Международных медико-санитарных правил (ММСП). Страны, выполняющие это обязательство, например, приняли распространяющуюся на весь сектор здравоохранения программу по созданию организационно-кадрового потенциала для прогнозирования и предупреждения кризисных ситуаций в здравоохранении, обеспечения готовности к ним и реагирования на них, ослабления их последствий и выхода из этих ситуаций. Сюда входят самые разнообразные мероприятия, охватывающие все функции системы здравоохранения, такие как постоянно уточняемый и обновляемый план действий сектора здравоохранения на случай чрезвычайных ситуаций, основанный на утвержденных стратегиях, создание структур для преодоления кризисных ситуаций, меры по снижению риска с участием местного населения и многое другое. Программа преодоления кризисных ситуаций в секторе здравоохранения должна предусматривать связи с другими секторами,

участствующими в преодолении кризиса, и стандартную систему управления на случай кризисов.

47. ВОЗ предоставила государствам-членам помощь и методическое руководство в вопросах оценки национальных возможностей и создания и укрепления основных возможностей, требуемых согласно ММСП, включая своевременное реагирование на вспышки и другие события в области общественного здравоохранения, имеющие международное значение. Например, Региональное бюро принимало участие в подготовке и проведении "командно-штабных" учений для государств-членов и ключевых действующих лиц, ответственных за реализацию национальных планов действий по выполнению ММСП, а совместные миссии по оценке готовности к кризисным ситуациям в государствах-членах включали обсуждение компонентов ММСП во время отдельных встреч и семинаров. Функционирование систем обнаружения опасности и оценки риска события обеспечивается благодаря постоянному мониторингу качества и своевременности предусмотренного ММСП уведомления и сообщений, связанных с проверкой. Несмотря на ограниченность ресурсов, в соответствии с принятыми в Таллинне обязательствами был осуществлен целый ряд мероприятий по укреплению возможностей для выполнения ММСП.

Выводы

48. В данной главе представлена лишь часть широкого спектра инициатив, иллюстрирующих добросовестные усилия, предпринимаемые государствами-членами и Европейским региональным бюро ВОЗ, чтобы укрепить – а в некоторых случаях и переориентировать – системы здравоохранения и нацелить политику здравоохранения на претворение в жизнь общих ценностей солидарности, справедливости и широкого участия. Некоторые из этих стратегий и мероприятий к моменту утверждения Таллиннской хартии уже находились в стадии осуществления, а некоторые из них даже были использованы при разработке хартии. Все они соответствуют целям оказания поддержки и укрепления способности систем здравоохранения улучшать здоровье людей, показатели которого справедливо распределяются в обществе, и быть более отзывчивыми к нуждам и предпочтениям людей, а также вовлекать их в процесс разработки и реализации политики и содействовать более справедливому распределению бремени финансирования систем и постепенному достижению стратегической цели, которая состоит в том, чтобы никто не впадал в бедность из-за плохого здоровья. Другие же примеры действительно появились в результате более энергичного (динамичного) диалога по вопросам политики в Регионе, касающегося важности инвестирования в системы здравоохранения, их реформирования и сохранения как ключевых инструментов улучшения состояния здоровья населения.

49. В нескольких случаях Хартия используется при ведении диалога по вопросам политики и на нее делается ссылка в важных документах, таких как уже упоминавшийся в этой главе доклад о результатах деятельности системы здравоохранения Бельгии. В некоторых случаях Хартия и в самом деле могла сыграть роль катализатора в разработке политики здравоохранения. В преамбуле национального плана здравоохранения Италии (он пока существует в виде проекта) Хартия упоминается как основа для укрепления в национальной системе здравоохранения роли стратегического управления. А в Туркменистане Хартия вполне определенно послужила толчком к началу в 2009 году разработки в стране столь необходимого документа с изложением национальной политики здравоохранения, многие положения которого основаны на Хартии. Это лишь некоторые примеры того, как Таллиннская хартия оказала непосредственное влияние на политику здравоохранения стран. В настоящее время многими странами Региона используются ключевые тезисы, принципы и подходы, которые соответствуют положениям Хартии.

50. Наконец, в данной главе в обобщенном виде представлен ряд инициатив, в которых Региональное бюро активно стремилось выполнить поручения, данные ему в Таллиннской хартии и для этого проводило диалог по вопросам политики, предоставляло техническую поддержку и создавало возможности для обмена знаниями и опытом и сотрудничества между странами, направленного на укрепление систем здравоохранения; все это способствовало повышению их роли и значимости в достижении в Регионе целей солидарности, справедливости и широкого участия.

III. Оценка результатов деятельности систем здравоохранения – центральная тема Таллиннской хартии

Ключевые положения данной главы

Систематический мониторинг результатов деятельности системы здравоохранения позволяет повысить уровень прозрачности и подотчетности среди всех заинтересованных сторон, включая правительства, поставщиков медико-санитарной помощи, органы здравоохранения и всех граждан.

Государства-члены производят все больше фактических данных по вопросам здоровья и все больше используют их для принятия решений, а также ищут эффективных путей превращения такого вида деятельности в стандартную практику своих структур государственного управления. Интегрирование оценки результатов деятельности систем здравоохранения в структуру государственного управления в государствах-членах позволяет ей стать регулярным и постоянно осуществляемым мероприятием, имеющим последствия для формирования программ и финансирования.

Опыт последнего времени показывает, что оценка результатов деятельности создает дополнительные преимущества с точки зрения руководства, которые заключаются в вовлечении заинтересованных сторон, стимулировании межсекторального диалога, включении фактических данных об имеющихся дефицитах справедливости в основной набор собираемой и используемой информации, содействии формированию общего видения перспектив во всех программах и на всех уровнях и создании механизмов проведения в жизнь принципа солидарности во всех регионах. Такие аспекты и будут определять сферу применения и процесс оценки результатов деятельности.

Несмотря на то, что все еще сохраняется разнообразие в подходах к оценке деятельности системы здравоохранения, можно выделить ключевые факторы, определяющие ее успех – это участие заинтересованных сторон и разумное соотношение в использовании качественной и количественной информации. Кроме того, мы наблюдаем тенденцию к использованию комплексных, системных подходов, включая широкие детерминанты здоровья.

Сравнениям деятельности систем здравоохранения разных стран уделяется значительное внимание в СМИ. Необходимо показывать не только "употребление" таких сравнений для целей корректировки и выработки политики, но и "злоупотребления" ими.

Сети обмена знаниями и опытом между собой создают дополнительные возможности для понимания различий в результатах и позволяют досконально разобраться в том, как политика влияет на деятельность систем здравоохранения. ВОЗ принадлежит особая роль в создании возможностей и инструментов для сравнительного анализа по имеющимся эталонам внутри стран и между странами.

Введение

51. Систематический мониторинг результатов деятельности системы здравоохранения дает возможность повысить уровень прозрачности и подотчетности среди всех заинтересованных сторон, включая правительства, поставщиков медико-санитарной помощи, органы здравоохранения и всех граждан. Регулярная и открытая публикация результатов деятельности на всех уровнях является общей задачей, решение которой

позволит повысить отзывчивость к ожиданиям населения и обеспечить эффективность процесса выработки политики на доказательной основе.

52. Ключевая роль оценки результатов деятельности систем здравоохранения была признана и воплощена в обязательствах в целом ряде других, принятых ранее хартий и деклараций, и это было подтверждено в Таллиннской хартии. В частности, важнейшее значение имеют мониторинг, подотчетность и исправление недостатков, а показатели и эталоны для сравнения просто незаменимы для того, чтобы правительство несло ответственность за результаты деятельности и выполнило главное обязательство принять национальную стратегию и план действий в области охраны здоровья населения¹⁰. Принятием Таллиннской хартии государства-члены взяли на себя обязательство развивать атмосферу гласности и прозрачности, повышать уровень подотчетности в отношении деятельности системы здравоохранения в целях достижения измеримых результатов. Наиболее важные аспекты Таллиннской хартии, имеющие значение для оценки результатов деятельности, приведены ниже во врезке 1. Это обязательство затем было усилено еще больше в контексте экономического кризиса на Первом Региональном совещании по реализации Таллиннской хартии (Копенгаген, 5-6 февраля 2009 г.), где государства-члены согласовали планы по проведению хартии в жизнь и по мониторингу прогресса в ее реализации, подчеркнув важность укрепления своего потенциала, необходимого для проведения оценки результатов деятельности систем здравоохранения, и обмена опытом и знаниями между странами.

Наиболее значимые аспекты Таллиннской хартии, касающиеся оценки результатов деятельности и разработки политики на основе фактических данных

Обязательство "развивать атмосферу гласности и прозрачности, повышать уровень подотчетности в отношении деятельности системы здравоохранения в целях достижения измеримых результатов" (пункт 6).

"В практической деятельности по достижению этих широких целей в каждой отдельной стране необходимо сформулировать вытекающие из них конкретные задачи, реально решаемые средствами политики ... Задачи должны включать измеримые показатели, позволяющие четко отслеживать ход их решения" (пункт 12).

"Министерства здравоохранения определяют стратегические цели развития системы здравоохранения, обладают полномочиями и несут ответственность за сбор и анализ информации о здоровье населения и его социальных, экономических и экологических детерминантах" и "должны содействовать эффективному отражению интересов здоровья в политике, проводимой всеми секторами ..." (пункт 13, Стратегическое управление, пп.1,2).

"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 (пункт 13, Стратегическое руководство, п.3).

"Функции системы здравоохранения тесно взаимосвязаны. Для того, чтобы улучшить ее деятельность, необходимо использовать комплексный подход, включающий согласованные воздействия на многочисленные звенья системы" (пункт 14).

В контексте перечисленных выше пунктов ВОЗ приняла на себя обязательства:

- "оказывать поддержку европейским государствам-членам в развитии их систем здравоохранения; и

¹⁰ UNESCO (2000). The right to the highest attainable standard of health. E/C.12/2000/4, [www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/E.C.12.2000.4.En](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/E.C.12.2000.4.En).

- обеспечивать международную координацию процесса реализации положений Хартии, включая оценку прогресса и содействие обмену опытом по осуществлению вышеперечисленных действий" (пункт 7).

53. Государства-члены производят все больше фактических данных по вопросам здоровья и все больше используют их для принятия решений, а также ищут эффективных путей превращения такого вида деятельности в стандартную практику своих структур государственного управления. Страны, в которых произошли радикальные изменения в культуре в сторону подхода, в большей степени основанного на фактических данных, смогли со временем создать три главные опоры: 1) постоянный спрос руководителей, вырабатывающих политику, на фактические данные по вопросам здоровья населения; 2) предложение высококачественных фактических данных и 3) устойчивые в долгосрочной перспективе организационные решения, позволяющие увязывать спрос и предложение. Во время Первого регионального совещания по реализации Таллиннской хартии члены группы экспертов особо подчеркнули наличие разнообразнейшего и богатейшего опыта, накопленного в Европейском регионе в области оценки деятельности систем здравоохранения. По форме этот опыт включает ежегодные или раз в два года отчеты перед парламентом, министерством здравоохранения или общественностью и участие в специальных проектах по оценке показателей деятельности поставщиков стационарной помощи. Цели также разнообразны – от повышения уровня прозрачности до реализации национальных программ в области здравоохранения, документального фиксирования и снижения неравенств в отношении здоровья или дальнейшей рационализации систем здравоохранения. Странами выработаны различные механизмы, с помощью которых результаты оценки деятельности вводятся в процесс формирования политики. Это привело, например, к изменениям в стратегии ведения сердечно-сосудистых заболеваний и в механизмах финансирования систем здравоохранения, в которых результаты деятельности увязываются с финансированием и реформами больничной системы.

54. В соответствии с комплексным подходом, одобренным в Таллиннской хартии, для оценки результатов деятельности требуется наличие логически связанной схемы оценки, позволяющей понять, как система в целом достигает своих целей. В данной главе мы будем уделять основное внимание самым последним инициативам, в которых в качестве предмета анализа была взята вся система здравоохранения (на национальном, субнациональном или местном уровне). Приведенные ниже примеры иллюстрируют некоторые из наиболее заметных тенденций в оценке результатов деятельности, проявляющихся в Европейском регионе в последние годы. Они сгруппированы по степени достигнутого странами прогресса, по результатам сравнения между странами и по признакам инновации и координации со стороны ВОЗ. Появившийся недавно метод "Оценка результатов деятельности систем здравоохранения" (ОДСЗ) будет рассматриваться в рамках механизмов руководства, в частности, сквозь призму национальных планов и стратегий в области здравоохранения и выработки политики на основе фактических данных.

Прогресс, достигнутый в отдельных странах, и уроки из опыта

Оценка показателей деятельности как инструмент претворения в жизнь общих ценностей общественного участия, справедливости и солидарности

55. Поскольку регулярное и открытое опубликование результатов деятельности на всех уровнях представляет собой общую цель, ориентированную на повышение степени отзывчивости к ожиданиям населения и обеспечение полноценного процесса формирования политики на основе фактических данных. В большинстве стран созданы механизмы, посредством которых министр здравоохранения отчитывается перед парламентом непосредственно или через парламентскую комиссию по здравоохранению.

Более строгой подотчетности перед общественностью по вопросам деятельности систем здравоохранения способствовал выпуск "отчетных карточек". Первопроходцами на этом пути стали английская национальная система здравоохранения, Нидерланды и страны Северной Европы, которые опубликовали в Интернете показатели оценки. В итальянской области Тоскана для ознакомления общественности публикуются пространные отчеты о достижении целевых показателей (составляемые для руководящих работников на разных организационных уровнях), и это дает положительные результаты в плане сравнительной оценки специалистов в сопоставлении с принятыми эталонами и повышения уровня подотчетности перед общественностью и прозрачности.

56. По мере возрастания информированности и уровня участия граждан, а также повышения мобильности пациентов (особенно перемещающихся между странами ЕС или между регионами внутри стран) от пациентов будет поступать все больше просьб о предоставлении информации. Иллюстрацией этого является возрастающая роль сообщений СМИ и потребителей. Они направляли повышенное внимание читателей на качество поставщиков медико-санитарной помощи, а теперь начинают касаться еще и более широкой области сравнения систем здравоохранения разных стран. Например, исследовательский центр "Хелс консьюмер пауэрхаус" оценивает национальные европейские системы медико-санитарной помощи по шести аспектам, подобранным так, чтобы представить их позицию в рейтинге по степени "ориентированности на интересы потребителя". Хотя подобные сообщения и подвергаются критике с точки зрения методологии, они по-прежнему вызывают интерес и начинают учитывать новые показатели, такие как рациональность и устойчивость, ведение хронических заболеваний и роль пациентов, например, скорректированное число баллов по шкале "Услуга за деньги" (BFB), индекс диабета (2008 г.), индекс болезни сердца (2008 г.), индекс ВИЧ (2009 г.) и индекс расширения прав и возможностей пациентов (2009 г.).

57. Задача вовлечения заинтересованных сторон является одной из особенностей многих различных мероприятий, проводимых в странах Европы. В Бельгии в интервью с руководящими лицами подчеркивалась ценность наличия совместного механизма, которым могли бы пользоваться различные органы власти. Публикация доклада по этому вопросу (2010 г.) была организована Бельгийским центром знаний по вопросам медико-санитарной помощи, Институтом общественного здравоохранения и Национальным институтом страхования от болезней и инвалидности. В проекте также участвовали административные органы, ведающие социальными вопросами и общественным здравоохранением на провинциальном, местном или федеральном уровне. В Турции методика ОДСЗ была задумана как инструмент дефрагментации, чтобы подчеркнуть важность всех действующих лиц, которые вносят свой вклад в достижение стратегических целей улучшения здоровья всех граждан. Процесс ОДСЗ отличался широким участием в нем заинтересованных сторон. Были проведены консультации по вопросам разработки стратегической основы со всеми управлениями министерства здравоохранения, а также с министерствами образования и охраны окружающей среды и с институтом социального обеспечения; участники консультаций определили показатели, предоставили данные и подтвердили правильность интерпретации и стратегических рекомендаций. Оценка системы показателей качества Норвегии указывает на необходимость вовлекать все заинтересованные стороны (пользователей/пациентов, медицинских работников, ученых и руководителей/ администраторов) на всех уровнях разработки показателей и открыто публиковать результаты (например, в Интернете) (2008 г.).

58. В условиях высокой степени децентрализации системы оценка результатов ее деятельности содействует повышению уровня солидарности и социальной справедливости между провинциями. В Швеции Национальный совет по здравоохранению и социальному обеспечению (НСЗСО) осуществляет мониторинг и оценку услуг здравоохранения, чтобы определить, соответствуют ли они целям,

поставленным центральным правительством. Вместе со Шведской ассоциацией местных органов власти и регионов (SALAR) НСЗСО опубликовал два доклада о качестве и рациональности медико-санитарной помощи в 21 шведском округе и регионе здравоохранения¹¹. Семьдесят пять качественных и количественных показателей деятельности системы были сгруппированы в четыре основных области: результаты лечения, отзывы и впечатления пациентов, доступность помощи и расходы.

Оценка показателей деятельности: процесс, способствующий содержательности межсекторального диалога и внедрению подхода к укреплению здоровья как к общегосударственной задаче

59. Во многих странах у министров здравоохранения может не быть достаточного веса в правительстве для того, чтобы добиться изменений в других сферах, не входящих в их компетенцию. Принятие всеобъемлющей системы оценки позволяет создать базу фактических данных для ведения диалога между секторами, в котором признается вклад других секторов в показатели здоровья как непосредственно, так и опосредованно. В Эстонии ОДСЗ послужила источником данных для выработки политики в отношении алкоголя и в области питания. Аналогичную роль могут играть национальные планы и стратегии здравоохранения, охватывающие различные учреждения и группы населения. Несмотря на то, что неоднократно поднимались вопросы о том, как мы можем объяснить высокие показатели здоровья и где лежат границы системы здравоохранения, использование всеобъемлющей системы оценки служит мощной поддержкой совершенно ясного мандата министерств здравоохранения, который требует от них определять широкое видение здравоохранения, собирать информацию о здоровье и его социальных, экономических и экологических детерминантах и создать общенациональную систему надзора за справедливостью в вопросах здоровья¹².

60. Всеобъемлющие системы оценки, которые в положительной форме указывают на роль социально-экономических детерминант здоровья, образа жизни и окружающей среды в достижении тех или иных показателей здоровья, получили очень широкое распространение в Европе. Их широко применяют как национальные органы (Бельгия, Нидерланды, Португалия, Турция и Эстония), так и международные организации (ОЭСР, проект "Мониторинг показателей здоровья в Европейском сообществе" – ЕСНМ). Структура как голландской, так и бельгийской системы состоит из трех взаимосвязанных уровней: состояние здоровья, немедицинские детерминанты здоровья и система здравоохранения. Система здравоохранения включает пять сфер: укрепление здоровья, профилактическая помощь, лечебная помощь, длительная помощь и медицинская помощь на завершающем этапе жизни. В рамках этой системы оценки общим аспектом, представленным во всех ее уровнях, является справедливость. Армения, Грузия, Португалия, Турция и Эстония строят свои системы на базе системы ВОЗ. Турция, например, затем отобразила эту систему в виде стратегической карты, на которой наглядно показаны причинно-следственные связи между функциями, предварительными целями и конечной целью, которая заключается в улучшении здоровья. Выделяются две предварительные цели: эффективность использования (доступ, использование и качество услуг) и здоровый образ жизни и окружающая среда.

Увязка оценки показателей деятельности с разработкой и мониторингом политики и стратегий на национальном и субнациональном уровне

61. В Таллиннской хартии признается, что "в практической деятельности по достижению этих широких целей в каждой отдельной стране необходимо сформулировать вытекающие из них конкретные задачи, реально решаемые средствами

¹¹ Swedish Association of Local Authorities and Regions (2008). *Quality and Efficiency in Swedish Health Care – Regional Comparisons 2008*. ISBN 978-91-7164-452-7.

¹² Commission on Social Determinants of Health Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Geneva, World Health Organization, 2008.

политики". Когда проводится обзор системы здравоохранения, рассматриваются ее функции. Такие обзоры проводились в Швейцарии (ОЭСР и ВОЗ) и Турции (ОЭСР и Всемирный банк), и в этих странах системы здравоохранения в настоящее время пересматриваются. Целевые показатели в национальных планах здравоохранения (НПЗ) предназначены для мониторинга достижения конечных целей на уровне всего населения и предварительных результатов. В проводимой на основе стратегии оценке системы здравоохранения ставится задача увязать функции (или стратегии) с конечной и предварительными целями.

62. В Португалии и Эстонии процессы оценки НПЗ и ОДСЗ проводились параллельно. В 2010 г. ВОЗ и министерство здравоохранения Португалии совместно опубликовали два доклада, явившихся результатом их сотрудничества в период между 2008 и 2010 гг. Оценка НПЗ и ОДСЗ направлены на то, чтобы поддержать усилия министерства здравоохранения по улучшению деятельности португальской системы здравоохранения. Для проведения ОДСЗ применялось сочетание количественных и качественных методов. Кроме этого, ведомство верховного комиссара по здравоохранению высказало просьбу провести специальные обзоры по нескольким аспектам деятельности национальной системы здравоохранения с тем, чтобы министерство здравоохранения могло получить базу фактических данных и варианты политики, которые можно было бы положить в основу разработки следующего НПЗ (на 2011–2016 гг.). Опыт Португалии показывает, что при проведении оценки целесообразно включать в нее видение ситуации на всех различных уровнях (в том числе на региональном и местном уровнях), а также в максимальной степени работать с научным сообществом и со смешанной группой местных и международных экспертов.

63. В Кыргызстане ОДСЗ представляет собой непрерывную работу, проводимую в рамках программ сектора здравоохранения. Она состоит из ежегодного мониторинга состояния здоровья и системы здравоохранения, дополнительной системы исследований по вопросам политики и ежегодного обзора улучшений в результатах деятельности системы здравоохранения, который проводится совместно министерством здравоохранения, другими органами государственного управления и партнерами по развитию. Мониторинг деятельности системы здравоохранения в Кыргызстане включает регулярное отслеживание министерством здравоохранения результатов программ, осуществляемых в секторе здравоохранения (прямых результатов выполнения предусмотренных программами мероприятий), итогов (результатов выполнения всей программы) и воздействий (эффектов, достигаемых благодаря программам) путем учета и отчетности на основании таблицы измеримых характеристик (показателей). Выводы ежегодных обзоров деятельности сектора оформляются в виде совместных докладных записок о проведении ежегодного обзора, которые содержат не только констатацию достигнутого прогресса, но и согласованное мнение о последствиях для политики, программ и бюджета.

Использование оценки показателей деятельности для повышения эффективности и качества

64. Целый ряд инициатив направлен на то, чтобы ввести оценку деятельности в механизмы обеспечения подотчетности и управления качеством деятельности. Опыт показывает, однако, что тщательно сбалансировать показатели (например, показатели процесса и показатели конечных результатов) или системы стимулирования (например, поощрение и наказание, внутренняя отчетность и отчетность публичная) очень непросто, для этого требуется динамичный подход, учитывающий поведенческую реакцию на оценку (лучше выглядеть не всегда означает лучше работать) и появление новых фактических данных. У Англии весьма сложная история развития оценивания и постановки целевых показателей на разных общенациональных и субнациональных уровнях, которая насчитывает не менее трех десятилетий. Принятие в 2006 г. сбалансированной карты показателей деятельности побудило организации НСЗ к

разработке собственных наборов критериев для оценки своей деятельности, соответствующих их уставным целям, сохраняя повышенное внимание к финансовым целям. Позднее новая система была дополнена "ежегодным медицинским осмотром" – системой оценки деятельности, в которой оценивается более широкий спектр целевых показателей, чем раньше: например, в нее включены оценочные суждения и практический опыт людей, которые пользуются услугами медико-санитарной помощи и которые их оказывают. Начиная с 2010 г. представляются "счета качества": это ежегодные отчеты, представляемые общественности поставщиками услуг для НСЗ о качестве услуг, которые они оказывают. Для обозначения логической последовательности в цепочке целей, целевых показателей и индикаторов, которые последовательно применяются на всех уровнях от центрального правительства до местных административных органов и поставщиков услуг, используют выражение "золотая нить".

65. В Италии с 2008 г. число областей, участвовавших в сложном "плане оздоровления бюджета", было расширено с первоначальных семи до десяти, из которых в пяти областях полномочия, бывшие у них в соответствии с принципом децентрализации, были временно приостановлены и перешли к комиссару правительства, который на месте осуществляет планы работы. В период 2009–2010 гг. министерства финансов и здравоохранения активизировали процедуры регулярного мониторинга функций систем в участвующих в плане регионах. Существенные отклонения от базового списка согласованных целей связаны с сокращением финансирования или наложением штрафных санкций. Для того чтобы обеспечить сохранение уровней оказания важнейших видов помощи, достижение здравоохранительных и экономических целей, а также способность областей в режиме обычной работы поддерживать системы регулярного сбора надежной информации, был принят единый набор показателей и установлены жесткие сроки достижения целей. Показатели охватывают такие аспекты, как профилактика, помощь по месту жительства, неотложная помощь, исходы лечения и состояние здоровья. Такая же система мониторинга, но с меньшим акцентом на целевые показатели и сроки, применяется и в остальных областях.

Прогресс в стимулировании и использовании международных сравнений и нерешенные вопросы методологии

66. Помимо анализа во временном разрезе тенденций, наблюдаемых в отдельно взятой стране, или изучения различий между регионами в одной стране, проводятся сравнения между странами, которые позволяют лучше понять уровень эффективности деятельности и возможные целевые показатели. Имеются данные о том, что в ходе предпринимаемых в странах инициатив в национальный процесс оценки результатов деятельности вводятся международные сравнения. Так, в Национальном плане здравоохранения Португалии для постановки целевых показателей на основе международных ориентиров, когда они имеются, используются базы данных ОЭСР и ВОЗ. В опубликованном в 2008 г. докладе под названием *Dare to compare* ["Осмелимся сравнить"] Нидерланды использовали показатели из системы "Показатели здоровья Европейского сообщества" (ЕСН) для сравнения различных позиций, касающихся здоровья, между двадцатью семью странами ЕС, и попытались определить наличие и сопоставимость данных. Главное внимание в докладе было уделено пониманию показателей деятельности голландской системы здравоохранения в сравнении с системами в других странах ЕС, но в нем также рассматривалась и целесообразность проведения такого рода сравнения результатов деятельности с имеющимися эталонами. Доклад *Dare to compare* публикуется в одном ряду с докладами *Health care performance report* ["Доклад о результатах деятельности здравоохранения"] и *Public health status and forecasts report* ["Доклад о нынешнем и прогнозируемом состоянии здоровья населения"]. Кроме того, в докладе под названием *High quality care for all* ["Высококачественная помощь для всех"] было приведено описание того, как будет создаваться национальный совет Англии по вопросам качества

и как он должен сотрудничать со странами-членами ОЭСР и с научными учреждениями для согласования некоторых критериев международного сравнения.

67. ЕС также поощряет сбор унифицированных показателей, характеризующих деятельность систем здравоохранения, на национальном и международном уровнях, чтобы расширить систему показателей ЕСНІ и таким образом создать в Европе устойчивую систему мониторинга здравоохранения, которая сможет облегчить осуществление инициатив, связанных со сравнительным анализом деятельности и практики на основе существующих эталонов. Эта работа включает создание Комиссии по изучению домашних хозяйств в Европейском сообществе (ECHP) и инициирование обследования "Статистика ЕС по доходам и условиям жизни" (EU-SILC), а также добавление специальных разделов, касающихся здравоохранения, в обследования, проводимые службой "Евробарометр". К другим мероприятиям последнего времени относятся "Обследование здоровья, старения и выхода на пенсию в Европе" (SHARE), в ходе которого собираются групповые данные по лицам в возрасте 50 лет и старше, а также "Европейское обследование базовых показателей здоровья методом интервью" (ECHIS).

68. Благодаря международным сравнениям удалось повысить уровень осведомленности о проблемах наличия, качества и достоверности данных, используемых для этих сравнений, а также о методологических вопросах, касающихся разработки показателей. В проекте "Качество", проводимом под патронажем Совета министров стран Северной Европы, были документально зафиксированы трудности, связанные с международными сравнениями по имеющимся эталонам: "Даже для таких обычных показателей, как коэффициенты выживаемости и смертности при раке молочной железы, толстой и прямой кишки и раке легкого и т.д., трудно получить данные, которые были бы репрезентативны для международного сообщества в целом. По всей вероятности, современные системы здравоохранения не в состоянии документировать их качество. Нам нужно на национальном и международном уровне вкладывать средства в системы оценки качества и в международное сотрудничество"¹³.

69. В этих условиях необходимо показывать не только "употребление" таких сравнений для целей корректировки и выработки политики, но и "злоупотребления" ими. Иными словами, наряду с информативностью и потенциалом международных сравнений как инструмента оценки результатов деятельности, ученые должны указывать, чего нельзя выводить из анализа, показывать недостатки применяемых ныне инструментов сравнения и предлагать продуктивные пути улучшения в будущем. В этом состоит одна из целей программы работы Европейской обсерватории по сравнительным оценкам систем здравоохранения.

¹³ Mainz J, Hjulager M, Thorup Eriksen M, Burgaard J. *National benchmarking between the Nordic countries on the quality of care*. Journal of Surgical Oncology 2009;99:505–507.

Таблица 1. Вопросы методологии

Сфера деятельности	Основные вопросы методологии
Здоровье населения	Соотнесение различий в здоровье населения с разными причинами, включая более широкие детерминанты здоровья
Итоговые показатели эффективности услуг здравоохранения	Критерии исходов, кроме смертности; обеспечение сопоставимости дефиниций, применяемых разными странами
Отзывчивость	Достижение согласия в отношении подходящих показателей; коррекция на различия в толковании и ожиданиях
Социальная справедливость (в вопросах здоровья и доступа к услугам)	Разработка содержательных систем показателей, пригодных для внедрения в международную практику
Финансовая защита	Разработка систем показателей распространенности тех, кто не в состоянии пользоваться услугами по причине их стоимости
Экономическая эффективность	Повышение сопоставимости практики бухгалтерского учета; конвертирование валют; разработка согласованных систем показателей

70. Огромным достижением в плане повышения осведомленности, наращивания потенциала и совершенствования информационных систем стало то, что страны начали сотрудничать в разработке общих показателей. Предпосылкой к улучшению данных является осторожность в их использовании. Дополнительные возможности для понимания показателей и объяснения того, как политика влияет на результаты деятельности системы здравоохранения, дают сети взаимных обменов знаниями в сфере оценивания на смысловом уровне. Например, Северный совет сосредоточил свои усилия на семи направлениях сотрудничества, включая общественное здравоохранение и общее благополучие, и предпринимает прямые меры по уменьшению неравенств в отношении здоровья и распространению знаний о здоровом образе жизни. Проект сотрудничества в области здравоохранения охватывает несколько учреждений в странах Северной Европы, действующих в сфере социального обеспечения и здравоохранения, включая Статистический комитет Северных стран (НОМЕСКО), который публикует сравнение медицинской статистики между странами Северной Европы. Точно также можно проводить сравнительный анализ практики соседних стран на основе эталонов для сравнения, используя для этого имеющиеся сети неформальных обменов (например, сеть стран Балтии или Южно-европейская сеть здравоохранения), или практики регионов (например, Сеть регионов здоровья) или же практики в тематических областях или в вопросах использования общих ресурсов и структур.

Помощь со стороны ВОЗ в выработке политики на основании фактических данных

Помощь со стороны ВОЗ в создании и поддержании спроса на политику, основывающуюся на фактических данных, и потенциала для выработки такой политики

71. Помимо помощи в отношении технических аспектов ОДСЗ, анализа политики и регулярного мониторинга сектора, ВОЗ оказывает государствам-членам помощь в укреплении организационно-кадрового потенциала и организационном развитии. Первой

основой здесь является **создание спроса** или изменение культуры выработки политики таким образом, чтобы перед принятием решений и оценкой важнейших направлений политики лицами, вырабатывающими политику, и руководителями старшего и среднего уровня регулярно собирались фактические данные. В качестве примера основных мероприятий и передовой практики можно назвать повышение Всемирной организацией здравоохранения уровня важности политики здравоохранения, основывающейся на фактических данных, посредством непрерывного диалога с государствами-членами в области политики по различным аспектам укрепления систем здравоохранения. В качестве примера мероприятий на высоком уровне можно привести тот факт, что ВОЗ получает приглашения выступить перед парламентами государств-членов по ключевым вопросам политики финансирования здравоохранения (например, в 2010 г. в Латвии и в 2011 г. в Кыргызстане). В некоторых случаях ВОЗ и государства-члены принимали решение об укреплении процесса выработки политики путем направления в страновые офисы ВОЗ советников по вопросам политики в качестве "резидентов". Эти советники тесно сотрудничают с министерствами здравоохранения (например, в Кыргызстане в период с 2001 по 2009 гг. в Азербайджане в период между 2006 и 2008 гг., в Таджикистане с 2006 г. и в Республике Молдова с 2011 года). Это позволяет формировать долгосрочные отношения с лицами, вырабатывающими политику, в секторе здравоохранения и за его пределами, и демонстрировать важность фактических данных для принятия более продуманных решений и ведения высококачественного диалога по вопросам политики с такими ключевыми заинтересованными партнерами, как правительство, парламент и негосударственный сектор. После подписания Галлиннской хартии отмечается повышенный спрос государств-членов на такую форму оказания технической помощи.

72. Вторая основа – это **укрепление организационно-кадрового потенциала** для проведения высококачественной оценки эффективности деятельности, анализа политики и мониторинга сектора. Основной подход к укреплению организационно-кадрового потенциала предусматривает проведение тематических курсов, таких как международные курсы и курсы на уровне отдельных стран по укреплению систем здравоохранения (например, флагманские курсы, организуемые совместно с Институтом Всемирного банка в Венгрии, Кыргызстане, Испании и Эстонии), мониторинга сектора здравоохранения (Кыргызстан и Республика Молдова) и различных аспектов анализа политики (например, международный курс по оценке катастрофических и ввергающих в нищету расходов на здравоохранение в Азербайджане, Венгрии, Грузии, Латвии, Кыргызстане, Республике Молдова и Украине в 2008 г. или курс по анализу доступности и справедливости в предоставлении услуг здравоохранения с помощью данных по домашним хозяйствам в Азербайджане, Кыргызстане и Таджикистане в 2009 г.). Еще один подход к укреплению организационно-кадрового потенциала предусматривает проведение совместной аналитической работы с государствами-членами. К таким проектам относятся проекты "Повышение финансовой защищенности населения Кыргызстана путем снижения уровня неформальных платежей (2009 г.)", "Влияние базового набора услуг на пользование услугами и расходы, которые несут пациенты, в Таджикистане (2009 г.)" и "Расширение охвата населения медицинским страхованием в Республике Молдова (2010 г.)". ВОЗ также осуществляла методическое руководство разработкой инструментов мониторинга сектора в Венгрии, Кыргызстане, Республике Молдова и Таджикистане. Такие совместные мероприятия аналитического характера дают возможность укреплять организационно-кадровый потенциал во всем секторе здравоохранения посредством обучения без отрыва от работы и использования преимуществ обучения на практике. Третий инструмент укрепления организационно-кадрового потенциала в целях повышения качества фактических данных по вопросам здоровья – организация обмена опытом и знаниями между коллегами из разных государств-членов. Например, специалисты по анализу политики из Кыргызстана оказывали помощь своим коллегам из Таджикистана в проведении ряда исследований, а также пригласили группу коллег из Азербайджана, когда там в министерстве

здравоохранения был создан отдел по анализу политики, чтобы поделиться опытом в отношении институциональной структуры и организации рабочих процессов (2009).

73. Наконец, третья основа заключается в **институциональном развитии**, то есть в создании устойчивых организационных структур, в которых формулируется спрос на фактические данные по вопросам здоровья, в которых этот спрос удовлетворяется предоставлением фактических данных высокого качества и в которых имеются платформы для практического применения знаний, которые служат реальным мостиком между фактическими данными и политикой. Несколько государств-членов создали или занимаются созданием отделов анализа политики или мониторинга сектора при своих министерствах здравоохранения. Опыт показывает, что при наличии политической приверженности на высоком уровне выработке политики, основывающейся на фактических данных, такие отделы полностью укомплектованы сотрудниками, имеют четкий круг задач и полномочий и выполняют полезную работу, результатами которой пользуется все министерство и другие ведомства в секторе здравоохранения. В Республике Молдова, к примеру, в 2007 г. такие отделы анализа политики были учреждены во всех "линейных" министерствах в рамках общегосударственной инициативы, что свидетельствует о приверженности более активному использованию фактических данных не только в секторе здравоохранения, но и на уровне всей системы государственного управления. Несколько государств-членов (Азербайджан, Кыргызстан, Республика Молдова и Таджикистан) провели оценку институциональной структуры, направленную на рационализацию механизмов руководства и поиск надлежащего подхода к интегрированию фактических данных в процесс формирования политики. Разные страны применяют разные схемы и механизмы, и какой-то одной модели, которая годилась бы для всех, здесь нет. В Азербайджане и Таджикистане руководство отделом анализа политики в министерстве здравоохранения осуществляется непосредственно министерством; этот отдел ведет мониторинг сектора и аналитическую деятельность и участвует по требованию министерства здравоохранения в выработке политики. Свои механизмы создаются в настоящее время в Республике Молдова, и уже сейчас очевидно, что управление мониторинга и анализа политики будет играть ключевую роль в выдаче заказов на выполнение анализа политики различным государственным и частным организациям, а само будет заниматься мониторингом сектора.

74. Результатом деятельности по укреплению кадрового потенциала и организационных структур для выработки политики, основывающейся на фактических данных, стал синергизм с другими аспектами укрепления систем здравоохранения. Хорошо поставленный мониторинг сектора, качественные отчеты об ОДСЗ и аналитическая работа вносят большой вклад в планирование на уровне сектора и разработку национальных планов здравоохранения (Кыргызстан, Таджикистан). В программы учебных курсов для администраторов здравоохранения могут быть включены результаты мониторинга сектора и анализа политики, и тогда эти знания будут доступны не только для высшего руководства, но и для руководителей медицинских учреждений. Наконец, регулярный мониторинг сектора с использованием согласованных общих и целевых показателей, соответствующих целям национального плана здравоохранения, является мощным инструментом координации работы сектора. Он позволяет снизить нагрузку на министерство здравоохранения тем, что по результатам мониторинга представляются различные формы отчетов для различных партнеров в области развития, а также способствует улучшению гармонизации и согласованности помощи для целей развития. Подобные подходы в настоящее время развиваются в Кыргызстане, Республике Молдова и Таджикистане.

75. Необходимо отметить несколько важных соображений, связанных с ОДСЗ в интересах управления качеством деятельности. Первая, самая очевидная дилемма, заключается в следующем: следует ли платить за выполнение целевых показателей

деятельности? Впоследствии, если все же будет решено внедрить подобную систему оплаты, необходимо выбрать один или несколько вариантов оплаты:

- Платить за конечные результаты, за процессы или за промежуточные результаты
- Платить за комбинацию показателей деятельности на данный момент и среднесрочных показателей
- Привести показатели в соответствие с существующими потребностями
- Создать механизмы, пресекающие манипуляции показателями (например, создание в Соединенном Королевстве системы оплаты работы врачей общей практики на основании результатов их деятельности)

Помощь, оказываемая ВОЗ государствам-членам в создании механизмов оценки деятельности систем здравоохранения и проведении сравнений на международном уровне

76. Европейское региональное бюро ВОЗ в рамках двухгодичных соглашений о сотрудничестве оказывает техническую помощь и стратегическую поддержку Азербайджану (2009 г.), Армении (2009 г.), Грузии (2009 г.), Кыргызстану (продолжается), Португалии (2010 г.), Турции (2011 г.) и Эстонии (2010 г.) в развитии ОДСЗ. Эти страны подготовили (или еще готовят) доклады об ОДСЗ, вызывающие значительный интерес со стороны заинтересованных партнеров. ВОЗ оказывала помощь в этом процессе и предоставляла технические знания, но сам процесс остается целиком в ведении стран и адаптирован к их ожиданиям и возможностям (с точки зрения как наличия и качества данных, так и потенциала для их анализа и воплощения в стратегические вопросы или рекомендации). Помимо того, что страны признают ценность технической помощи ВОЗ, опыт работы ВОЗ в странах показывает, что страны считают эту организацию особо важным партнером, который вносит в процесс нейтральное видение ситуации. Такие страны, как Эстония и Португалия, считают помощь ВОЗ бесценной для обеспечения качества и внешней оценки процесса.

77. Помимо оказания отдельным государствам-членам технической помощи, Региональное бюро стремится обеспечить всеобщий доступ к богатому опыту Региона, чтобы дать государствам-членам инструменты, которые помогут им разрабатывать, осуществлять и вводить ОДСЗ в обычную практику. В свете этого подчеркивается ценность сравнительной оценки и роль сетей, проводящих оценку системы по существующим эталонам, но сам процесс ОДСЗ находится полностью в руках правительства страны (или местных органов власти).

78. ВОЗ принимает участие в разработке широкого пакета инструментов для проведения странами ОДСЗ. Этот пакет охватывает весь процесс оценки, от создания спроса, получения фактических данных и их использования для управления качеством деятельности и выработки политики до распространения информации в целях повышения уровня прозрачности и подотчетности процесса.

1) Обзор систем здравоохранения и используемых на международном уровне систем ОДСЗ, который может служить стимулом и источником информации для лиц, вырабатывающих политику, при создании собственных систем оценки.

2) Руководство и примеры по осуществлению ОДСЗ: теоретические и методологические основы и практические примеры стран. В них использованы некоторые уроки из опыта по разработке ОДСЗ.

3) Сборник показателей, предлагаемых различными национальными и международными организациями, и "**паспорта показателей**" на двух-трех

страницах, содержащие определение, функции показателя и основные проблемы, связанные с некоторыми показателями. Этот ресурс может быть полезным при выборе и интерпретации показателей и обсуждении вариантов политики.

79. Работа в этом направлении еще продолжается, но уже сейчас в распоряжении государств-членов и партнеров имеется целый ряд продуктов этой деятельности. Это аналитические доклады по обзору систем здравоохранения и систем ОДСЗ и по международным сравнениям, описание концепции сравнительных оценок по имеющимся эталонам, сборник показателей и проект руководства и ситуационных исследований по ОДСЗ, а также пример "паспорта показателя". В этих материалах использованы результаты обзоров литературы, встреч экспертов и бесед с основными заинтересованными сторонами в странах. Проекты всех этих материалов будут представлены для оценки и обсуждения в группе по экспертному рецензированию, состоящей из экспертов и официальных лиц из заинтересованных стран. В этом процессе используется опыт и знания, которыми располагает Европейское региональное бюро ВОЗ и государства-члены, а также международный опыт ОЭСР и ЕС.

80. Паспорта показателей будут разрабатываться и публиковаться постепенно, пакетами по 10–15 документов. Этот процесс с широким участием заинтересованных партнеров будет строиться на объединенных усилиях сотрудников организации, и в нем будут использоваться возможности специализированных центров технического совершенства через сети партнеров и сотрудничающих центров ВОЗ. Целью является создание инструмента, легкого в использовании, ориентированного на практическую работу и основанного на опыте стран. Дальнейшие шаги включают подготовку сборника и паспортов показателей на платформе типа "Википедии" на базе Интернета. В разделе под названием "Показатели в действии" партнеры смогут рассказывать о мерах по улучшению результатов, обсуждать возможности употребления показателей для целей политики и злоупотреблений показателями, делиться своими результатами и задавать вопросы на форуме.

81. ВОЗ может оказать помощь в создании сетей, проводящих оценку системы по существующим эталонам, для проведения текущей оценки в безопасных и благоприятных условиях. ВОЗ является проверенным и надежным источником информации, это нейтральная организация, которая считается признанным авторитетом в области информационных систем, анализа политики и работы со странами напрямую.

82. Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения по поручению своих партнеров начала осуществление программы по сравнительной оценке деятельности систем здравоохранения. Ее цели заключаются в том, чтобы "помочь государствам, регулирующим органам, гражданам и другим комментаторам лучше понять сравнительные показатели эффективности своих систем здравоохранения, усовершенствовать подходы к проведению оценки и анализа и продемонстрировать, как сравнительные показатели могут быть полезны для планирования и оценки инициатив по укреплению систем здравоохранения". Первым осязаемым результатом этой инициативы является книга, посвященная информации об эффективности деятельности для сравнения систем здравоохранения. Книга находится на стадии завершения и подготовит почву для инициативы, в ней будут указаны проблемы данных и методологии и рассмотрено сложившееся на сегодняшний день взаимодействие между фактическими данными и практикой. Она служит основой для определения будущих приоритетов и содержания всей программы. Параллельно в рамках программы готовится серия докладов о системах показателей, методологии и сравнении эффективности деятельности, которая затронет все сферы, упомянутые в Таллиннской хартии. Планируется публикация примерно трех материалов по методологии в год, в которых будут рассматриваться следующие вопросы:

формулировка проблемы, подход, который применяется сегодня и состояние знаний по данной проблеме, предложения по разработке методологий, внедрение методологии (включая выгоды с точки зрения политики) и рекомендации для проведения сравнений в будущем.

83. В рамках программы также предусматривается публикация двухгодичного сравнительного доклада для Европейского региона ВОЗ по результатам в одной из сфер деятельности. Ожидается, что первый отчет, который будет опубликован в 2012 г., будет посвящен вопросу здоровья населения. В него войдут обобщенные данные и описательная часть, комментарии признанных экспертов и справочное пособие для лиц, вырабатывающих политику, по проведению дальнейшего анализа и выбору источников данных.

IV. Поддержание социальной справедливости, солидарности и устойчивого улучшения здоровья в условиях финансового кризиса

Ключевые положения главы:

- Экономические и социальные трудности влияют на отношение к солидарности. Таллиннская хартия представляет собой мощный инструмент, который позволяет направлять ответные меры политики в связи с кризисом, в положительной форме выражая приверженность принципу солидарности.
- Беспорядочные урезания расходов на здравоохранение и социальное обеспечение ведут к росту бедности и ухудшению здоровья населения. В случаях, когда урезания бюджета неизбежны, они должны осуществляться с большой осторожностью, чтобы защитить бедные и уязвимые слои населения.
- Обеспечение сбалансированности бюджета не должно рассматриваться как простое действие из области бухгалтерского учета – здесь речь идет о приоритетах государственной политики и приоритетах политики в области здравоохранения.
- Нынешний кризис дает благоприятную возможность, которую нельзя упустить – возможность провести давно назревшие реформы, направленные на повышение рациональности системы здравоохранения, которые в прошлом не могли быть осуществлены по политическим соображениям, поскольку эти реформы могут смягчить тяжесть последствий компромиссных решений в ущерб устойчивости, которые в условиях кризиса становятся более выраженными.
- Учиться на опыте – лучше подготавливаться к кризису! Некоторые страны служат хорошим примером не подверженного цикличности притока поступлений в здравоохранение и, соответственно, защищенности бюджетов здравоохранения.

Актуальность Таллиннской хартии: руководство ответными действиями в связи с финансовым кризисом

84. В основе Таллиннской хартии лежат принципы справедливости, солидарности, финансовой защиты и максимального улучшения здоровья посредством совершенствования руководства и повышения эффективности деятельности систем здравоохранения. Хартия была подписана в середине 2008 г., когда масштабы и последствия начинающегося финансового и экономического кризиса еще не были ясны. Грядущий кризис стал испытанием на прочность приверженности государств-членов перечисленным выше принципам, поскольку она легко могла быть подорвана перед лицом затруднений в налогово-бюджетной сфере, обусловленных ухудшением состояния государственных финансов. В условиях экономического спада приверженность принципам справедливости, солидарности и финансовой защиты необходимо укреплять, защищая секторы здравоохранения и социального обеспечения от огульного урезания бюджета; если же сокращение бюджета здравоохранения неизбежно, его необходимо осуществлять так, чтобы минимизировать негативные последствия для достижения указанных целей. В главе представлен обзор стратегических ответных мер в связи с кризисом, которые соответствуют ценностям, принципам и стратегиям, сформулированным в Таллиннской хартии.

85. Во многих странах недавний мировой финансовый/банковский кризис спровоцировал обвал рынка кредитов, что во многих случаях повлекло за собой принятие государством чрезвычайных мер по спасению частных предприятий, а это в свою очередь вызвало резкий спад экономической активности и рост безработицы. В результате

снизились доходы государства вследствие снижения поступлений от налога на фонд заработной платы и других налогов. Рост безработицы означал также увеличение государственных расходов на программы социальной защиты. Страны, обладающие достаточными резервами или готовые увеличить заимствования (дефицитообразующее финансирование), смогли преодолеть последствия возникшей налогово-бюджетной диспропорции, не принимая радикальных мер. Секторы здравоохранения и социального обеспечения особенно уязвимы перед лицом сокращения бюджета в периоды экономического спада не только в силу их доли в бюджете любого государства, но и вследствие относительно слабой позиции министерств здравоохранения. Однако там, где имеется неуклонная приверженность принципам справедливости, солидарности и финансовой защиты, правительства предприняли взвешенные меры для сохранения сбалансированного бюджета и недопущения негативных последствий для этих целей. Системы здравоохранения с сильным руководством и хорошо отлаженными механизмами руководства работают лучше вообще и во времена кризиса в частности.

86. Если рассматривать вопрос устойчивости с чисто налогово-бюджетной точки зрения, он ограничивается обеспечением баланса между доходами и расходами государства. Однако если устойчивость не будет связана с конкретными целями, она не будет иметь смысла. Ориентация на эффективность деятельности представляет собой более тонкий подход к концепции устойчивости и смещает акцент на вопрос о том, какой уровень достижения различных целей государственной политики мы можем или хотим поддерживать. Хотя повысить или сохранить уровни расходов на здравоохранение в абсолютном выражении в период экономического спада может оказаться невозможным, осуществлять урезание бюджета правительства могут по-разному, и это в свою очередь отражает их приоритеты.

87. Финансовый кризис затронул большинство систем здравоохранения в Европейском регионе, но некоторые страны были подготовлены к спаду лучше, чем другие. Кризис подверг ценности, обязательства и институциональные схемы тяжелому испытанию, и хотя единого подхода к подготовке к такому событию и реагированию на него нет, из кризиса можно извлечь определенные уроки. Помимо ответных мер политики, которые напрямую касаются системы здравоохранения, в данном докладе рассматриваются также меры в области социальной политики более широкого плана, которые влияют на здоровье и финансовую защиту населения. Цель данной главы состоит в том, чтобы документально отразить некоторые ответные меры политики, которые могут послужить уроками для тех лиц, вырабатывающих политику, которым в ближайшие годы еще предстоит принимать сложные решения. Также данная глава может быть справочным пособием для лиц, вырабатывающих политику, которые столкнутся с похожими кризисами в будущем. Повсюду в тексте отмечаются примеры помощи ВОЗ государствам-членам.

От ценностей к действиям: рекомендации, принятые в Осло

88. В апреле 2009 г. Региональное бюро и правительство Норвегии провели в Осло встречу на высоком уровне, которая стала первой предпринятой ВОЗ попыткой обсудить ответные действия в условиях финансового кризиса и дать странам рекомендации о том, как лучше всего действовать в трудные времена. На встрече был предложен ряд рекомендаций в отношении ответных действий, которые должны быть предприняты в интересах здоровья и в интересах наименее обеспеченных групп населения. Эти рекомендации соответствовали обязательствам, принятым в Таллиннской хартии, и основывались на них. В конце 2009 г. Региональный комитет принял резолюцию (EUR/RC59/R3), призывающую государства-члены обеспечить, чтобы их системы здравоохранения по-прежнему предоставляли защиту наиболее уязвимой части населения, демонстрировали эффективность в оказании услуг на уровне отдельного

человека и всего населения и действовали как разумные субъекты хозяйствования во всем, что касается инвестиций, расходов и найма работников.

89. Кризисы дают государствам возможность еще раз подтвердить свои ценности и приоритеты. Тщательная оценка относительной важности широкого ряда программ, которые финансируются из государственного бюджета, может дать лицам, принимающим решения, информацию о том, где можно осуществить те или иные сокращения бюджета, если таковые окажутся неизбежными. Данные в Осло рекомендации являются плодом именно такой оценки. Государства-члены подтвердили свою приверженность принципу солидарности и согласовали ряд рекомендаций о том, как строить ответные меры политики в связи с кризисом и устанавливать приоритеты. В частности, рекомендация о защите экономически эффективного общественного здравоохранения и первичной медико-санитарной помощи является примером определения приоритетов явной форме.

90. В данных в Осло рекомендациях признается важность достижения рациональности в использовании государственных средств ("больше здоровья за потраченные деньги"), которая является предпосылкой для успешного отстаивания требования "больше денег на нужды здоровья". Призыв защитить бюджеты здравоохранения включает предложения весьма практического характера о том, как приспособить систему налогообложения к восполнению пробела, вызванного нехваткой средств в период экономического спада. В рекомендациях приводятся аргументы в пользу введения новых налогов на потребление соли и сахара, а также повышения акцизов на алкогольную и табачную продукцию. Несмотря на свою регрессивную природу (то есть на бедных ложится более тяжелое бремя, чем на богатых), эти меры являются также и эффективными вмешательствами в области общественного здравоохранения.

91. В последующих разделах представлены наиболее важные ответные меры в связи с финансовым кризисом на примерах стран Европейского региона.

Защита бюджетов здравоохранения и сохранение предоставления жизненно важных услуг

92. В некоторых странах защитить бюджет здравоохранения от значительных сокращений помогают институциональные механизмы. Примером такой страны является Эстония, где фонд медицинского страхования обязан аккумулировать резервы, которые становятся буфером на случай снижения поступлений от налога на фонд заработной платы в условиях экономического спада. Окончательное решение о том, когда и как эти резервы можно использовать, принимается правительством, и тяжелый удар, нанесенный эстонской экономике, на самом деле заставил правительство страны отложить использование этих резервов. Однако это были целевые сбережения, которые не могли быть направлены в другие секторы, и в конце концов они были использованы, чтобы уменьшить нагрузку на систему здравоохранения. Использование резервов является очевидной первой ответной мерой, когда такая возможность есть. Эстония является примером разумного управления в том смысле, что за годы высоких темпов экономического роста страна аккумулировала больше резервов, чем требовалось по закону, и это в огромной мере способствовало тому, что диспропорция между запланированными расходами и имеющимися ресурсами здравоохранения оказалась сравнительно небольшой. Однако нужно отметить, что для защиты бюджета программ общественного здравоохранения подобных институциональных механизмов не было, и поэтому, когда Эстония решила снизить общий дефицит бюджета для того, чтобы вступить в еврозону в 2011 г., эти программы оказались более уязвимыми перед сокращениями бюджета.

93. Более спорной¹⁴ ответной мерой налогово-бюджетной политики является отсрочка инвестиций на время кризиса. Отсрочка инвестиций позволяет сектору здравоохранения сохранить уровень и объем услуг здравоохранения (включая услуги общественного здравоохранения) на несколько лет, при условии, что до этого поддерживался необходимый уровень инвестиций и имеется в наличии необходимая инфраструктура. В данном случае Эстония также является весьма интересным и показательным примером: во-первых, государство сохранило бюджет на покрытие капитальных расходов, который в обычных условиях предназначается для перечисления в фонд медицинского страхования. Но впоследствии в рамках пакета экономических стимулов сектор здравоохранения стал получать новые инвестиции в больницы третичного уровня и инфраструктуру долгосрочной медико-санитарной помощи.

94. Примером важности политической приверженности защите бюджета здравоохранения служит Российская Федерация. Замечательно то, что в условиях кризиса страна даже смогла увеличить расходы на здравоохранение. Это стало результатом эффективной информационно-пропагандистской деятельности министерства здравоохранения, которое одновременно с этим приняло условие, поставленное министерством финансов: одновременно должна быть повышена рациональность в предоставлении услуг. Источником дополнительных поступлений стал рост объема страховых взносов, который до этого был на относительно низком уровне. Такую же важную роль политическая приверженность сыграла и в Венгрии, но там был применен совершенно другой инструмент. В рамках принятого комплекса мер экономической политики для преодоления кризиса был еще больше снижен налог на фонд заработной платы (чтобы стимулировать рынок труда), но при этом правительство увеличило объем общих налоговых поступлений, перечисляемый в фонд медицинского страхования (рис.1). В конечном счете, ответственность за сохранение уровня государственных расходов на здравоохранение несет правительство, но в этом ему помогает наличие институциональных механизмов, позволяющих обеспечить относительно стабильный поток поступлений в здравоохранение путем целевого выделения средств или с помощью формулы распределения.

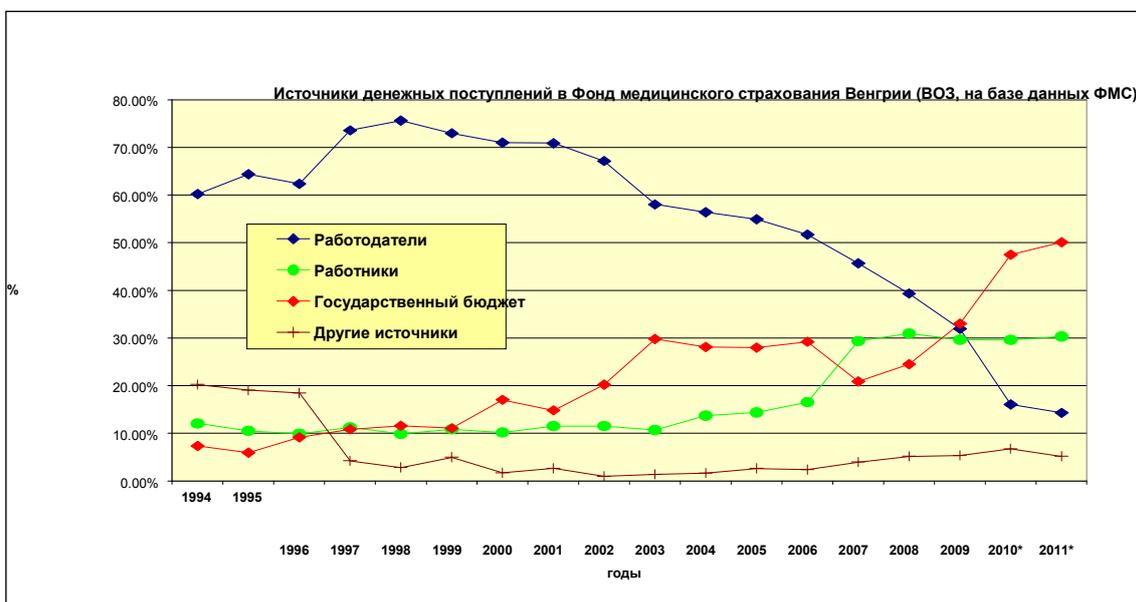
Таблица 1. Снижение уровня пользования услугами здравоохранения во время кризиса наблюдается даже в наиболее развитых странах

Страна	Изменения в пользовании стандартными услугами медико-санитарной помощи во время кризиса				№
	Снижение	Неизменно	Рост	Чистое изменение	
США	26,5	66,5	7,0	19,5	1901
Франция	12,0	82,7	5,4	6,6	868
Германия	10,3	83,0	6,7	3,6	879
Канада	5,3	89,3	5,4	0,0	1032
Соединенное Королевство	7,6	84,4	7,9	-0,3	757
Средний показатель по 5 странам	15,2	78,3	6,6 ▲	5,9	5437

¹⁴ Спорность заключается в том, что аргумент против отсрочки инвестиций звучит следующим образом: “Это лишь усугубит экономический кризис”. И действительно, несколько стран решили пойти на углубление бюджетного дефицита, чтобы поддержать экономику и сохранить уровень занятости населения.

95. Обычно экономический кризис приводит к снижению уровня пользования медико-санитарными услугами, несмотря на то, что потребность в них чаще всего возрастает. Снижение в оказании стандартных услуг здравоохранения сегодня может привести к росту невыявленных заболеваний завтра и к ухудшению здоровья и благополучия людей в более отдаленном будущем.¹⁵ Чем ниже стоимость обращения за медико-санитарной помощью, тем меньше снижение уровня пользования услугами во время кризиса (таблица 1). Следовательно, большое значение для преодоления последствий потенциально опасных сокращений уровня пользования услугами имеет модель организации системы здравоохранения.

Рисунок 1. Явно выраженная политика снижения налога на фонд заработной платы и увеличения бюджетных средств, перечисляемых в Фонд медицинского страхования, как ответная мера в связи с кризисом



(Расчеты выполнены сотрудниками ВОЗ на основании официальных данных Фонда медицинского страхования: за 2010 г.* – фактически на конец года; за 2011 г.* – запланировано)

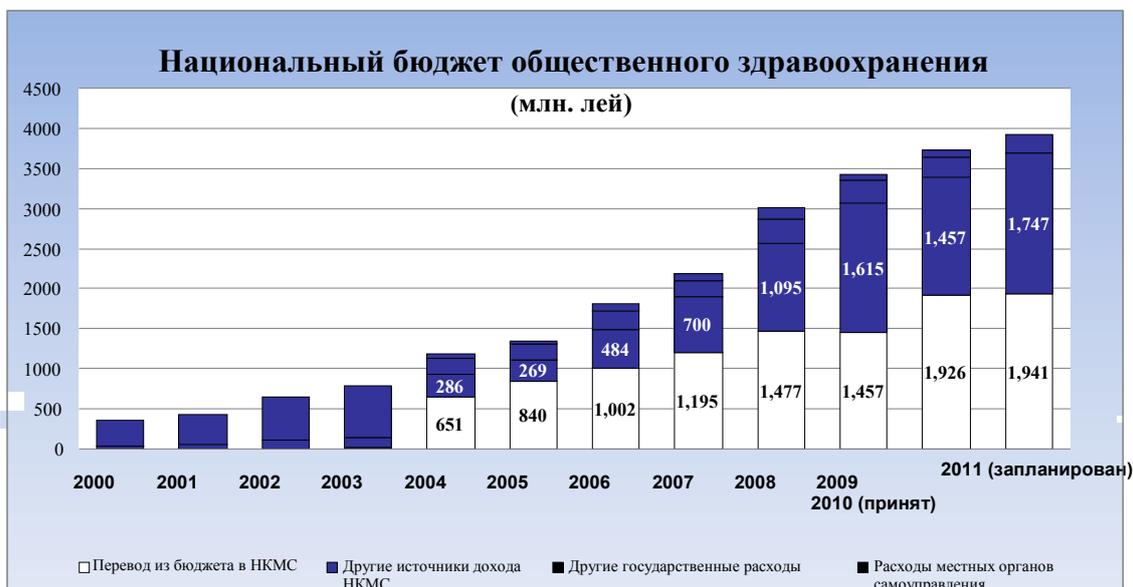
96. Увеличение бюджетных отчислений для компенсации снижения поступлений от налога на фонд заработной платы в условиях кризиса является потенциальным решением проблемы реальной защиты бюджетов здравоохранения в странах, где сбор поступлений в первую очередь зависит от страховых взносов, связанных с занятостью. Как уже отмечалось, это требует очень высокого уровня политической приверженности достижению целей в сфере здравоохранения, поскольку, скорее всего, такая мера потребует урезать финансирование других государственных программ. Германия для компенсации снижения поступлений и повышения расходов фондов по нетрудоспособности в условиях кризиса перевела в систему медицинского страхования средства из общего бюджета, а также незначительно снизила ставку взносов по медицинскому страхованию. Несмотря на то, что это была разовая мера, такой шаг стал показательным для традиционной системы социального страхования, которая зависит в первую очередь от страховых взносов, связанных с занятостью. На рис. 1 видно, как Венгрия постепенно перешла от практически полной зависимости от налога на фонд заработной платы к системе, при которой средства из общего бюджета и поступления от

¹⁵ Lusardi A, Schneider D, and Tufano P. "The Economic Crisis and Medical Care Usage." Harvard Business School Working Paper, No. 10-079, March 2010.

налога на фонд заработной платы финансируют систему медицинского страхования поровну. Такие изменения позволяют снизить налоговую нагрузку на рынок труда, что должно стимулировать экономику и снизить уровень безработицы. В рамках процесса реализации положений Таллиннской хартии ВОЗ предоставила Эстонии техническую помощь по оценке мер, которые могли бы повысить устойчивость финансирования здравоохранения, с использованием международного опыта и тщательного анализа ценностных предпочтений ключевых заинтересованных партнеров. Доклад о результатах оценки был представлен министром социальных дел Эстонии и Региональным директором ВОЗ на крупной конференции спустя два года после подписания Таллиннской хартии.

97. В Республике Молдова существуют институциональные механизмы для перевода бюджетных средств, что, помимо выражения политической приверженности, позволяет обеспечивать балансирование таким образом, что, когда поступления от страховых взносов из фонда заработной платы сокращаются, поступления в сферу здравоохранения возрастают при росте государственных расходов в целом. Это делается на основании правила или, иными словами, формулы для оценки сумм перечислений бюджетных средств в национальную компанию медицинского страхования вместо взносов уязвимых групп граждан, которые сами платить эти взносы не способны. Перевод бюджетных средств фиксируется на уровне трехгодичного среднего отношения государственных расходов на здравоохранение к общему государственному бюджету (за вычетом расходов по особым статьям), которое составляет, в соответствии с последними расчетами, 12,1% государственного бюджета. Например, когда увеличилось государственное финансирование пособий по безработице, автоматически увеличилась сумма переводимых бюджетных средств в сектор здравоохранения. В этот период Международный валютный фонд оказал бюджету Республики Молдова значительную помощь (рис. 2).

Рисунок 2. Увеличение доли поступлений в государственный бюджет, расходуемых на медицинское страхование, по мере снижения поступлений от налога на фонд заработной платы в Республике Молдова в 2010 г.



(Расчеты сотрудников ВОЗ на основе официальных данных)

Обеспечение устойчивости в улучшении здоровья за счет расходов на социальные нужды

98. В условиях стремительных экономических перемен здравоохранение зачастую оказывается под угрозой, но последствия этих перемен можно существенно смягчить за счет надлежащих расходов на социальную защиту, в частности, мерами, стимулирующими функционирование рынка труда. Результаты исследований¹⁶ говорят о существовании связи между коэффициентом смертности от всех причин и экономическими кризисами, если принять безработицу в качестве критерия экономического стресса и сопровождающей его неопределенности у населения. В начале 90-х гг. прошлого века слабая защищенность рынка труда в Центральной и Восточной Европе сделала население уязвимым перед лицом быстро растущей безработицы.¹⁷ Дальнейшие исследования, однако, показывают, как даже незначительное увеличение расходов на социальное обеспечение может повлечь за собой существенный защитный эффект¹⁸ (рис. 3). Следует отметить, что рост расходов на социальное обеспечение ассоциирует со снижением смертности, которое в семь раз больше, чем аналогичный рост валового внутреннего продукта (ВВП).

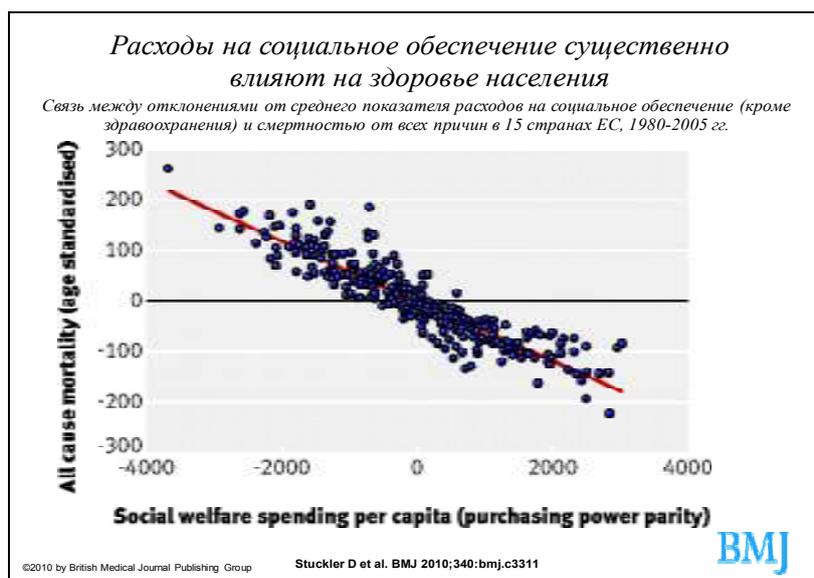
99. Рост безработицы связан, в частности, с ростом числа самоубийств, хотя и тут результаты исследований показывают, как рост расходов на социальное обеспечение и активные стратегии в отношении рынка труда, направленные на сохранение и реинтеграцию рабочей силы, могут минимизировать этот эффект. Это можно увидеть, сравнив Испанию и Швецию в период острых экономических трудностей, с которыми эти страны столкнулись в конце 80-х – начале 90-х гг. прошлого века. Тогда как в Испании рост числа самоубийств происходил параллельно с ростом безработицы, в Швеции эти два показателя расходились: там, несмотря на рост безработицы, продолжался долгосрочный спад числа самоубийств. Дальнейшие исследования в странах ЕС показали, что рост уровня безработицы не влияет на число самоубийств, если уровень расходов на активные программы по стимулированию рынка труда, направленные на сохранение рабочих мест и быстрое возвращение лиц, потерявших работу, в число работающих, превышает 190 долларов США на душу населения. Из этого следует, что государства могут защитить свое население во время экономического кризиса, в частности, посредством дополнительных расходов на социальное обеспечение и введением программ активного воздействия на рынок труда.

¹⁶ McKee M, Stuckler D, Martin-Moreno JM. Protecting health in hard times. *BMJ* 2010;341:c5308

¹⁷ Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet* 2009;374:315-23.

¹⁸ Stuckler D, Basu S, McKee M. Budget crises, health, and social welfare programmes. *BMJ* 2010; 340:c3311.

Рисунок 3. Расходы на социальное обеспечение в значительной степени коррелируют со снижением смертности



100. И Эстония¹⁹, и Венгрия²⁰ в прошлом резко сократили государственные расходы на здравоохранение, но за счет сохранения или повышения расходов на социальное обеспечение, в частности на пенсионное обеспечение, удалось ограничить обнищание людей вследствие сокращения социальных расходов, особенно в Венгрии.

Расширение доступа к услугам для наиболее уязвимых групп

101. В Болгарии, Боснии и Герцеговине, Венгрии, Сербии, Словакии и Чешской Республике были приняты интенсивные меры по обеспечению охвата услугами цыган, проживающих на территории этих стран. Необходимость этих мер обусловлена тем, что во многих странах право на получение услуг здравоохранения связано с финансовыми взносами, что обычно приводит к ограничению доступа к этим услугам для наиболее уязвимых слоев населения. В Сербии существует политика, предусматривающая охват услугами здравоохранения безработных цыган, живущих в бедных, "традиционных" поселениях. Осуществлению такой политики способствует очень успешная программа работы с людьми на низовом уровне с участием посредников в получении медицинской помощи из числа цыган, которые содействуют регистрации населения в фонде медицинского страхования. В 2010 г. миссия ВОЗ установила, что для цыган по-прежнему сохраняются существенные препятствия в доступе к услугам здравоохранения. В связи с этим были предложены практические меры по повышению эффективности этой превосходной политики, ориентированной на интересы людей, живущих в бедности. В соответствии с рекомендациями Таллиннской хартии, Региональное бюро рекомендовало распространить право на получение льгот и на тех людей, которые на протяжении длительного времени остаются без работы, особенно во время финансового кризиса.

102. Во время кризиса в нескольких государствах-членах (Беларуси, Боснии и Герцеговине, Латвии и Сербии) было введено освобождение от со-платежей и оплаты услуг здравоохранения для людей, живущих за чертой бедности. В этих странах

¹⁹ Vörk A, Habicht J, Ke X, Kutzin J. Income-related inequality in health care financing and utilization in Estonia since 2000. Health Financing Policy Paper 2010/3. WHO Regional Office for Europe.

²⁰ Gaál P, Evetovits T, Ménesi É. Analysis of financial protection in Hungary. Poster presentation at the European Conference of Health Economics, Helsinki, 2010.

проводится постоянный мониторинг уровня бедности с соответствующим регулированием порога бедности на случай необходимости введения дополнительных исключений и льгот для удовлетворения потребностей населения в услугах здравоохранения. В Эстонии право на получение пособий по медицинскому страхованию было расширено на лиц, которые долгое время не имеют работы, зарегистрированы в службе занятости и активно ищут работу. Эта мера внесла существенный вклад в защиту растущего числа безработных во время кризиса. Мы признаем при этом, что контролируемые официальные схемы оплаты медико-санитарных услуг могут быть более прозрачными и справедливыми и противодействовать негативному влиянию неофициальных выплат из собственного кармана. Некоторые страны (например, Кыргызстан и Эстония) смогли не допустить хаотического увеличения выплат в частном порядке и снизить возможности для осуществления "скрытого" рационирования в условиях кризиса.

103. Правительство Республики Молдова приняло два закона, расширяющих страховые выплаты на наиболее уязвимых граждан. Первый закон, принятый в 2009 г., обеспечивал всем лицам, официально зарегистрированным в качестве живущих за чертой бедности, автоматическое получение полностью субсидированной медицинской страховки²¹. В то же время были предприняты дальнейшие меры к тому, чтобы работодатели вносили взносы по медицинскому страхованию за своих работников. Второй закон от 2010 г. предусматривает распространение полного пакета услуг первичной медико-санитарной помощи на всех граждан независимо от их статуса в национальной программе медицинского страхования. Эта поправка также охватывает приобретение лекарств для амбулаторного лечения по субсидированным ценам и неотложную амбулаторную медико-санитарную помощь, благодаря чему обеспечивается полный доступ к жизненно важным услугам для всех жителей Молдовы.

Устойчивость и компромиссные решения

104. Несмотря на весьма убедительные аргументы в пользу защиты бюджетов здравоохранения и социального обеспечения в периоды экономического спада, если у правительства попросту нет никаких вариантов сохранения этих бюджетов и сокращения неизбежны, перед лицами, вырабатывающими политику в области здравоохранения, встает задача минимизировать негативное воздействие на здоровье населения и уровень бедности. На приведенной ниже схеме представлены различные формы механизмов рационирования и их вероятные последствия для достижения стратегических целей. С трудностями обеспечения устойчивости сталкиваются все без исключения страны, хотя бы потому, что все они должны находить компромисс между взаимоисключающими приоритетами и целями, располагая ограниченными ресурсами, какими бы богатыми или бедными они ни были. При этом, однако, возрастает негативное воздействие на размер государственных расходов, которые государство может выделить на нужды улучшения здравоохранения в условиях экономического кризиса.

²¹ Jowett M, Shishkin S. *Extending population coverage in the national health insurance scheme in the Republic of Moldova*. Health Financing Policy Paper 2010/1. WHO Regional Office for Europe. WHOLIS E93573.

Рисунок 4. Концепции компромиссных решений для обеспечения устойчивости²²



105. Перенос бремени финансирования медико-санитарной помощи с объединенных источников государственных средств на плечи пациента путем повышения прямых платежей (плата за пользование, соплатежи и т.д.) является наиболее распространенной формой прямого рacionamento, направленного на преодоление дефицита государственного бюджета. Такие меры снижают, по крайней мере в краткосрочном периоде, показатели пользования услугами здравоохранения, хотя фактические данные указывают на то, что этот инструмент совершенно не избирателен и не позволяет проводить различия между использованием услугами без необходимости и клинически обоснованными услугами. Эта мера заставляет пациентов, которые часто недостаточно информированы, принимая решения об обращении за услугами здравоохранения, учитывать их стоимость. Пациенты из малоимущих и менее образованных слоев населения чаще всего склонны принимать решения, ведущие либо к увеличению финансовой нагрузки на домашние хозяйства, либо к несвоевременному обращению за медико-санитарной помощью, что в конечном счете может вести к увеличению расходов системы здравоохранения и к ухудшению состояния здоровья данного человека. При этом проблемы, связанные с применением подобного механизма рacionamento, могут быть менее очевидными в тех странах Региона, где ведется борьба с неофициальными выплатами из собственного кармана. В условиях этих стран введение официальных

²² Kutzin J, Evetovits T (2007). *Health financing policy objectives and fiscal sustainability challenges*. Presentation at the Conference “Getting to the roots: linkages between health system performance and deficit spending”, Zagreb, Croatia, 26-27 March 2007.

соплатежей может быть вполне открытой попыткой взять под контроль частные расходы посредством установления четких правил. Осуществление этой меры в рамках всеобъемлющего подхода к реформированию системы финансирования здравоохранения может привести к сокращению неофициальных выплат.²³

106. Таллиннская хартия гласит, что "сегодня является недопустимым, чтобы люди оказывались за чертой бедности в результате ухудшения здоровья". Когда правительства в качестве ответной меры политики на проблемы бюджета планируют перенести бремя финансирования на домашние хозяйства, это создает реальную опасность невыполнения этой цели. К сожалению, многие страны, где уровень частных расходов на здравоохранение и без того высок, тоже выбирают этот путь как средство своей политики. В связи с этим могут быть полезны исследования, которые указали бы лицам, принимающим решения, на эффективность механизмов льгот, направленных на защиту людей, живущих за чертой бедности. В последние годы Региональное бюро содействовало проведению многих подобных исследований, например, в Венгрии, Кыргызстане, Республике Молдова и Эстонии.

107. Обычно экономический кризис приводит к снижению уровня пользования медико-санитарными услугами, несмотря на то, что потребность в них чаще всего возрастает. Снижение в оказании стандартных услуг здравоохранения сегодня может привести к росту невыявленных заболеваний завтра и к ухудшению здоровья и благополучия людей в более отдаленном будущем.²⁴

"Невидимая рука" скрытого рациионирования

108. Существует неисследованная область механизмов рациионирования, в которых не используется ценовой фактор: они менее ощутимы как для пациентов, так и для лиц, вырабатывающих политику, и сложнее в изучении. Такое рациионирование может принимать вид различных задержек и отказов в предоставлении клинических услуг или их упрощения ("экономия на качестве"), что серьезно влияет на улучшение здоровья и рациональность использования ограниченных ресурсов. Существуют неподтвержденные свидетельства того, что некоторые поставщики медико-санитарной помощи принимают такие меры в ответ на сокращение бюджета. Сообщения об откладывании хирургических операций без вразумительного объяснения причин и об отклонениях от руководств по клинической практике – это только два из множества примеров механизмов скрытого рациионирования со стороны предложения услуг. Когда контроль за соблюдением поставщиками клинических стандартов слаб, а профессиональные организации не проявляют необходимой строгости в обеспечении соблюдения надлежащей клинической практики, механизмы скрытого рациионирования могут затушевывать некоторые негативные последствия финансового кризиса. Во времена кризиса особенно важной становится открытая готовность государств контролировать время ожидания в очередях за получением услуг. Для такого подхода, несомненно, потребуются инструменты для контроля и мониторинга, такие, например, как более жесткие механизмы для контроля времени ожидания, обеспечение участия гражданского общества и создание благоприятных условий для стать обслуживания наиболее уязвимых групп населения. Кризис может стать удачным временем для начала формирования новой культуры открытого рациионирования. Для изучения масштабов скрытого рациионирования и

²³ Gaal, P, M Jakab, S Shishkin (2010). "Strategies to address informal payments for health care." In Kutzin, J, C Cashin, M Jakab, eds. *Implementing Health Financing Reform: Lessons from Countries in Transition*. Copenhagen, Denmark: World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies

²⁴ Lusardi A, Schneider D, and Tufano P. "The Economic Crisis and Medical Care Usage." *Harvard Business School Working Paper, No. 10-079, March 2010.*

информирования лиц, вырабатывающих политику, нужны программы целевых исследований.

109. Данный тезис был представлен в документе с кратким изложением принципов по вопросу о финансовой устойчивости в системах здравоохранения, который был подготовлен ВОЗ и Европейской обсерваторией к министерской конференции в рамках председательствования Чешской Республики в ЕС в 2009 г.²⁵ Этот документ проливает свет на концепцию финансовой устойчивости, и в нем рассматривается ее значение для политики с практической точки зрения. В нем утверждается, что финансовую устойчивость не следует рассматривать как бухгалтерскую проблему, в которой главное - это свести баланс бюджета простым уравниванием доходов и расходов, без учета целей политики, которым в первую очередь и должно служить государственное финансирование. Поэтому вместо того, чтобы рассматривать финансовую устойчивость как самоцель, разумнее воспринимать требование баланса бюджета как ограничивающий фактор, который необходимо учитывать. Это позволяет лицам, вырабатывающим политику, думать о том, как лучше всего в максимальной степени достичь целей системы здравоохранения в условиях ограниченного "налогово-бюджетного пространства".

Более рациональное расходование средств

110. Более рациональное расходование средств позволяет смягчить последствия сокращения бюджета. Как видно на примере Российской Федерации, твердая установка на то, чтобы устранить нерациональность в деятельности сектора здравоохранения, помогла министерству здравоохранения отстоять необходимость повышения общих расходов на здравоохранение. Аналогичным образом, в Италии был введен ряд показателей качества выполнения профессиональных функций, которые служат основой для сохранения финансирования в регионах. Здесь важно отметить, что, вопреки сложившемуся мнению, повышение рациональности не равнозначно повышению общей экономии затрат. Повышение рациональности может проявляться в большем улучшении здоровья при тех же расходах. Например, рациональное использование лекарств может высвободить ресурсы, которые можно будет направить на другие цели или, при необходимости, на наращивание объемов.

111. Во всех странах Европы решения о возмещении стоимости лекарств все чаще принимаются на основании фактических данных и оценки медицинских технологий (ОМТ). Благодаря мерам на уровне стран и работе международных сетей (например, Европейская сеть по оценке технологий EUnetHTA и Группа по оценке лекарственных средств, при поддержке ЕС и ВОЗ) применение ОМТ в принятии решений о возмещении стоимости стало более комплексным и сложным и привело к повышению качества и прозрачности процесса принятия решений.

112. Расходы на лекарства составляют от 10 до 25 процентов всех расходов на здравоохранение в странах ЕС, и от 20 до 40 процентов – в странах с переходной экономикой. Так как данная статья расходов, взятая в отдельности, весьма значительна, урезание государственных расходов на лекарственные средства всегда занимает у руководящих лиц, принимающих решения, одну из первых позиций в списках мер по борьбе с дефицитом. Однако в условиях финансового кризиса уровень потребления лекарств в Европе оставался относительно стабильным, а в некоторых странах даже немного вырос, что является свидетельством того, что бюджеты здравоохранения,

²⁵ World Health Organization (2009). *Addressing financial sustainability in health systems*. Copenhagen. Policy summary prepared for the Czech European Union Presidency Ministerial Conference on the Financial Sustainability of Health Systems in Europe, ISSN 2077-1584.

выделенные на лекарственные средства, хорошо защищены, или что повышение рациональности системы позволило сохранить уровень потребления.

113. Многие страны приняли дополнительные меры по сдерживанию затрат: объявили об общем снижении цен для производителей (Испания, Греция) и добились снижения цен путем переговоров (Польша, Исландия), начали осуществлять регулирование цен (Российская Федерация), повысили рациональность в закупках лекарственных средств, введя процедуру открытых торгов (Нидерланды, Германия), усилили курс на назначение и применение генериков, снизили розничные наценки для оптовых продавцов и аптек и приняли меры по рационализации назначения лекарств (Эстония, Испания).

114. В 2010 г. в Эстонии состоялся Седьмой диалог по вопросам политики для стран Балтии, организованный при содействии ВОЗ и Европейской обсерватории. Главной его задачей было обсуждение стратегий стран Балтии в отношении лекарственных средств и ответных действий правительств в условиях экономического спада. Тогда как в Латвии и Литве государственные расходы на лекарства сократились, в Эстонии фонд медицинского страхования в 2009 г. зарегистрировал незначительный рост расходов, хотя объем незначительно упал (что указывает на некоторый рост средней стоимости лекарственных средств).

Рисунок 5. В странах Балтии сокращение государственных расходов на лекарственные средства было относительно небольшим



(Источник: данные министерств здравоохранения и социальных дел, 2010 г.)

115. Латвия и Литва также приняли ряд мер по повышению рациональности в секторе лекарственных средств, таких как создание более эффективных стимулов к использованию генериков, ведение с производителями переговоров о снижении цен и установление более жестких границ розничных наценок. В Латвии был снижен процент возмещения стоимости определенных лекарств, что вызвало рост совместных платежей, но одновременно для того, чтобы компенсировать группам населения с низким уровнем доходов этот рост, были выделены средства из пакета займов МВФ/ЕС.

116. Из данных об использовании²⁶ также стало ясно, что даже там, где имело место снижение потребления лекарственных средств, это касалось в основном лекарств для

²⁶ Существует много методологических проблем, связанных с мониторингом использования лекарственных средств (классификация, единицы измерения и существующий в странах Балтии крупный сегмент оплаты за лекарства из собственного кармана, информацию о котором получить трудно). Для того, чтобы получить больше информации качественного характера и понять

лечения менее тяжелых заболеваний (болеутоляющие средства, дерматологические средства, средства от кашля, витамины и т.д.). Соответственно, одним из побочных эффектов кризиса могло стать более рациональное использование лекарств. Однако также было отмечено снижение потребления определенных лекарств для лечения сердечно-сосудистых заболеваний, противодиабетических лекарств для перорального применения и антидепрессантов, а также и других средств, что говорит уже о проблемах в отношении доступа к лекарствам и качества медико-санитарной помощи. Исследования²⁷ по изучению распределения пациентов, которые не покупают назначенных им лекарств, говорят о том, что больше всего эти проблемы затронули наиболее бедную квинтиль населения. Эти люди часто не обращаются за медико-санитарной помощью в случае болезни и не принимают назначенные лекарственные средства по причине высоких расходов.

Осуществление сокращений бюджета

117. Сокращения бюджета создают громадное давление на поставщиков услуг здравоохранения, которые вынуждены рационализировать предоставление услуг. Однако степень и быстрота, с которой повышение рациональности способно помочь в преодолении последствий финансового кризиса, ограничены. Экономии не всегда можно обеспечить незамедлительно, и нужно грамотно организовать переход к новой, более дешевой системе предоставления услуг, чтобы обеспечить пациентам доступ к необходимой им помощи даже в переходный период. Для иллюстрации этой мысли следует упомянуть опыт Венгрии. За два года до наступления финансового кризиса больничный сектор Венгрии претерпел серьезную и быструю реструктуризацию в рамках масштабных мер по сведению баланса государственного бюджета, принимаемых во всем госсекторе. Быстрая частичная или полная реорганизация больниц неотложной помощи в учреждения по оказанию долгосрочной медико-санитарной помощи помогла к концу года свести баланс бюджета. Однако, как следует из доклада Парламентского уполномоченного по гражданским правам²⁸, не было принято мер к четкой организации маршрутов движения пациентов, что привело к задержкам в предоставлении надлежащего лечения и дополнительным затруднениям в доступе к медико-санитарной помощи, особенно психиатрической. Значимость этого опыта для принятия ответных мер в связи с кризисом состоит в том, что масштаб сокращений бюджета здравоохранения тогда был сравним с сокращениями в условиях кризиса.

118. Реструктуризация больничного сектора Латвии была начата с большим опозданием. В течение трех лет, предшествовавших кризису, расходы на стационарную медико-санитарную помощь быстро росли: в ту же самую инфраструктуру вливались дополнительные ресурсы и упускалась возможность провести реструктуризацию системы предоставления услуг, чтобы лучше удовлетворять существующие потребности населения и медицинской практики. Кризис оказал громадное воздействие на больничный сектор страны. Острый дефицит бюджета в 2008 г., когда страну поразил кризис, не оставил Латвии никакого выбора, кроме сокращения общих расходов на здравоохранение. В течение первых двух лет кризиса больницы потеряли практически 50% денежных поступлений, и объем услуг резко сократился²⁹. В таблице 2 приведены изменения в структуре больничного сектора, в том числе значительное сокращение стационарных учреждений неотложной помощи, которые были превращены в чисто

истинную природу изменений в потреблении лекарств с тем, чтобы начать разработку надлежащих мер политики, требуются дальнейший мониторинг и исследования.

²⁷ Latvia Public Expenditure Review 2010. The World Bank, Washington D.C.

²⁸ Report by the Parliamentary Commissioner for Civil Rights, 2009. AJB 3536/2009
<http://www.obh.hu/allam/aktualis/htm/kozlemany20091214.htm>

²⁹ Latvia Public Expenditure Review 2010. The World Bank, Washington D.C

амбулаторные учреждения или дневные стационары. Как уже отмечалось на примере Венгрии, необходимо тщательно контролировать последствия беспрецедентных сокращений объема стационарной медико-санитарной помощи. Существует высокая вероятность того, что уменьшение объема было намного больше, чем можно было оправдать одной нерациональностью и использованием услугами без необходимости. Однако пример Латвии – это пример сокращений бюджета в соответствии с открыто сформулированными приоритетами. Следует воздать должное Министерству здравоохранения Латвии, которое приоритетным направлением сделало первичную медико-санитарную помощь, выделило средства на финансирование дополнительной штатной единицы медсестры на каждом участке общей практики, защитило льготами население, живущее за чертой бедности, и тем самым обеспечило его жизненно необходимыми лекарственными препаратами, и повысило рациональность в оказании неотложных услуг. Когда речь идет о давно назревших реформах, кризис на самом деле открывает возможности, которые нельзя упустить. Однако опыт и Венгрии, и Латвии – это важный урок на будущее: нельзя откладывать столь необходимую реструктуризацию больниц до тех пор, пока поддержание уровня инфраструктуры и объема помощи станет невозможным, поскольку в этом случае изменения проходят более болезненно, а принимаемые меры должны становиться более радикальными.

Таблица 2. Резкое сокращение расходов на стационарную медико-санитарную помощь обусловило необходимость структурных изменений в больничном секторе Латвии

Состав больничного сектора	2009	2010	Изменение
Больницы неотложной помощи	34	22	-12
Стационары длительного ухода	0	7	7
Специализированные больницы	22	12	-10
Другие больницы	16	0	-16
Амбулаторные отделения	0	30	30
Объединенные учреждения	0	1	1
Итого	72	72	0
Больницы (стационары)	72	41	-31

Источник: Latvia Public Expenditure Review 2010, World Bank, на базе данных Министерства здравоохранения.

119. В некоторых странах (Болгария, Венгрия, Ирландия, Чешская Республика, страны Балтии) кризис вынудил правительства урезать или заморозить заработную плату в государственном секторе, что затронуло и работников здравоохранения. Влияние этих мер на доступность и качество услуг пока и в этом случае неизвестно, однако несколько стран уже столкнулись со значительными потерями кадровых ресурсов здравоохранения, которые мигрировали в страны с более высокими зарплатами и большей потребностью в медсестрах и врачах определенных специальностей. Это может привести к снижению клинического качества и качества услуг, и при отсутствии или нехватке квалифицированных кадров возможны задержки или даже отказ в оказании услуг. Снижение заработной платы может сократить разрыв между поступлениями и расходами в краткосрочном периоде, но если оно приведет к потере высококвалифицированного медицинского персонала, то преодоление долгосрочных

отрицательных последствий обойдется куда дороже. Это пример повышения рациональности, неустойчивого в долгосрочной перспективе, когда акцент делается только на сокращение расходов без учета упущенных выгод.

Как лучше готовиться к экономическим спадам?

120. В данной главе представлен обзор целого ряда примеров ответных мер политики в связи с финансовым кризисом. Уроки, полученные в период кризиса, могут помочь лицам, вырабатывающим политику, лучше подготовиться к будущим кризисам как с точки зрения доступных и эффективных инструментов политики, так и с точки зрения лучшей подготовленности к другим ситуациям, когда бюджет столкнется с еще большими трудностями. Как и в медицине, болезнь легче предупредить, чем вылечить. Хотя полностью предотвратить экономические спады и их негативное воздействие на бюджеты здравоохранения и социального обеспечения может быть и не удастся, существуют способы снижения уязвимости к таким ударам. Страны, которые в периоды экономического роста накапливают ресурсы или хотя бы сокращают дефицит бюджета и внешний долг, при наступлении кризиса могут осуществлять дефицитное финансирование путем заимствований или истощения резервов. Будут ли эти стратегии противодействия цикличности гарантироваться с помощью институциональных механизмов или просто благодаря политической приверженности делу охраны здоровья – это зависит от ситуации в каждой стране. Устойчивость финансирования услуг здравоохранения и социального обеспечения является, в конечном счете, вопросом того, насколько ценны для стран положительные результаты этих программ, финансируемых из государственного бюджета. Необходимым условием для этого является приверженность постоянному улучшению показателей и результатов деятельности системы.

121. Европейская обсерватория в настоящее время проводит всеобъемлющее исследование ответных действий в связи с кризисом в Европейском регионе, которое должно выявить уроки из имеющегося опыта с тем, чтобы министры здравоохранения и лица, вырабатывающие политику, владели всей необходимой информацией, когда будут принимать такие меры по преодолению проблем бюджета, которые позволят смягчить потенциально негативное воздействие кризиса на систему здравоохранения. Главным итогом проекта станет публикация краткого изложения принципов в серии, совместно издаваемой Обсерваторией и Сетью фактических данных по вопросам здоровья Европейского регионального бюро. Эта публикация будет служить основой для дискуссий на сессии Регионального комитета в 2011 г. Полный отчет об исследовании будет опубликован в серии "Исследования Обсерватории".

122. В Таллиннской хартии признается важность улучшения результатов деятельности и подотчетности, особенно на уровне руководства. Приверженность правительств принципам справедливости, солидарности и финансовой защиты в годы экономического спада нуждается в подкреплении, чтобы в случае, если сокращения бюджета здравоохранения будут неизбежными, они осуществлялись так, чтобы минимизировать их негативные последствия для выполнения вышеупомянутых целей. Можно сказать, что финансовый кризис способен активизировать широкую поддержку принципа солидарности, поскольку в это время больше людей сталкиваются с риском потерять работу, чувствуют себя менее защищенными и испытывают проблемы со здоровьем. В свою очередь, эти люди чаще обращаются за социальной и медицинской помощью, и поэтому для обеспечения справедливости и рациональности всеобщего охвата этой помощи необходимо достаточное государственное финансирование.

V. Руководство межсекторальными мерами по укреплению здоровья как путь к улучшению результатов деятельности

Ключевые тезисы главы:

Детерминанты здоровья действуют во всем обществе, поэтому требуется уделять особое внимание межсекторальным мерам – принцип учета интересов здоровья во всех стратегиях (ЗВС).

Несправедливость в отношении здоровья определяется факторами, действующими в секторе здравоохранения и за его пределами, и является главным вопросом в ЗВС.

Во главу угла в ЗВС поставлено стратегическое руководство, целью которого является сотрудничество с другими министерствами и секторами в обществе и систематическое включение интересов здоровья во все стратегии и направления политики в качестве первого шага для изменения детерминантов здоровья.

Для укрепления единства политики, сотрудничества и партнерства, то есть для продвижения ЗВС, созданы различные инструменты стратегического руководства.

В настоящее время в Европе не хватает всеобъемлющих исследований общеевропейского уровня, которые показывали бы эффективность применяемых инструментов стратегического руководства, равно как и анализа и литературы по данной теме.

Можно выделить ряд структурных и функциональных элементов, необходимых для успешной реализации ЗВС:

- сильное стратегическое руководство на высоком уровне правительства и системы здравоохранения
- ясное видение перспектив здравоохранения и четко сформулированная политика
- организационная структура и финансирование для реализации ЗВС
- благоприятная нормативно-правовая база
- принятие мер на всех организационных уровнях.

На укрепление организационно-кадрового потенциала министерств здравоохранения, необходимого для анализа и понимания детерминант здоровья и неравенства в отношении здоровья, направлен целый ряд мероприятий и программ ВОЗ.

Введение

123. В Таллиннской хартии говорится, что системы здравоохранения "включают предоставление как индивидуальных, так и общественных услуг, а также действия по оказанию влияния на политику и деятельность других секторов, с тем, чтобы в них уделялось необходимое внимание социальным, экологическим и экономическим детерминантам здоровья". Далее в ней указывается, что "системы здравоохранения – это больше, чем оказание медико-санитарной помощи; они также включают предупреждение болезней, укрепление здоровья, а также всемерное содействие тому, чтобы вопросы охраны здоровья находили свое отражение в политике других секторов". И далее: "Министерства здравоохранения должны всемерно содействовать эффективному отражению интересов здоровья в политике, проводимой всеми секторами, в целях максимального улучшения здоровья людей".

124. Повышение уровня знаний о многочисленных детерминантах здоровья и о том, как они пронизывают все общество и все сферы государственного управления, привело к

тому, что стало уделяться больше внимания межсекторальным мерам по укреплению здоровья. Такое мышление стало называться принципом учета интересов здоровья во всех стратегиях (ЗВС). Благодаря этому, а также ввиду растущего признания сохраняющейся и растущей несправедливости в отношении здоровья, обусловленной факторами, действующими внутри сектора здравоохранения и за его пределами, возрастает осознание настоятельной необходимости принять меры по решению вопросов обеспечения справедливости в рамках принципа учета интересов здоровья в политике всех секторов"^{30,31}.

125. Концепция ЗВС предусматривает улучшение здоровья как стратегическую цель всего общества, которую разделяют все элементы и структуры государственного управления и все секторы. Принцип ЗВС направлен на решение сложных проблем охраны здоровья путем принятия интегрированных ответных мер политики, выходящих за рамки отдельных секторов и сфер ответственности, и включения обеспокоенности по поводу воздействий на здоровье в процесс выработки политики всех секторов и ведомств. Такой подход позволяет правительству более систематически принимать меры в отношении основных детерминант здоровья, а также учитывать пользу от улучшения здоровья населения для достижения целей других секторов.

126. В этой главе будут более подробно рассмотрены ЗВС и принципы взаимодействия между секторами и накопленный на сегодняшний день опыт в Европейском регионе. В той степени, в какой это известно, будет показано, какие меры оказались эффективными и почему. Будут проанализированы успешные стратегии информационно-пропагандистской деятельности и другие инструменты и механизмы, которые используются министерствами здравоохранения для продвижения интересов здоровья и справедливости в отношении здоровья в политике всех секторов в качестве "здоровой государственной политики".

Учет интересов здоровья во всех стратегиях (ЗВС)

127. Во главе угла в ЗВС – стратегическое руководство. Задача заключается в том, чтобы установить прочные контакты с другими министерствами и секторами в обществе с целью налаживания и поддержания диалога по связанным со здоровьем аспектам всех стратегий, которые могут послужить исходными точками для изменения детерминант здоровья и несправедливости в отношении здоровья. Например, политика в области сельского хозяйства, образования, жилья, труда, транспорта, налогообложения и социальной защиты формирует социальные детерминанты здоровья и несправедливости в отношении здоровья в обществе и влияет на них.

128. Многие стратегии, имеющие значение для здоровья, лежат за пределами сферы ответственности министерства, которому поручена его охрана, и большинство социальных детерминант находятся в других секторах. Однако ответственность за последствия (часто непреднамеренные) деятельности других секторов для здоровья возлагается на министерство здравоохранения. Поэтому ЗВС предусматривает включение в повестки дня общества и правительства вопроса о здоровье как одном из главных факторов развития и предполагает интегрирование общих задач, общих показателей и

³⁰ *Ликвидировать разрыв в течение жизни одного поколения: соблюдение принципа справедливости в здравоохранении путем воздействия на социальные детерминанты здоровья.* Заключительный доклад Комиссии по социальным детерминантам здоровья. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2008
(http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789244563700_rus.pdf).

³¹ Chomik TA. *Lessons learned from Canadian experiences with intersectoral action to address the social determinants of health – summary report.* Ottawa, Public Health Agency of Canada, 2007
(http://www.who.int/social_determinants/resources/isa_lessons_from_experience_can.pdf).

конкретных целевых показателей, направленных на улучшение и поддержание здоровья и справедливости в отношении здоровья, в стратегии других министерств и секторов.

129. Необходимость действовать в партнерстве с другими секторами и заинтересованными сторонами в обществе также подкрепляется мерами по обеспечению рационального использования ресурсов и повышению эффективности расходов, связанными с социальными и экономическими издержками здравоохранения и несправедливости в отношении здоровья. Издержки несправедливости в отношении здоровья ощущаются на уровне отдельного человека и семьи в местных сообществах, а также на более широком уровне всего общества. На уровне отдельного человека и семьи, например, потеря здоровья влияет на заработок и финансовую защищенность, связанную с пенсией и сбережениями; на уровне местных сообществ и регионов издержки ощущаются в виде снижения производительности труда, потенциала регионального развития и потенциала поступления инвестиций. А в более широком плане издержки проявляются в виде повышения нагрузки на системы социальной защиты и медико-санитарной помощи. Взятые вместе эти издержки подрывают сплоченность местных сообществ и социальное единство общества и являют собой постоянную угрозу (которой, однако, можно избежать) для такой ценности, как солидарность.

130. Систематическое и повсеместное принятие и внедрение принципа ЗВС обеспечено пока не полностью. Для этого требуется больше знаний и опыта, инструментов и механизмов, которые будут способствовать укоренению и поддержке практики учета интересов здоровья и справедливости в отношении здоровья в политике всех секторов, а также больше данных оценки результатов и воздействия этой практики.

Механизмы руководства, поддерживающие принцип учета интересов здоровья во всех стратегиях

131. Для дальнейшего продвижения межсекторального сотрудничества и принципа ЗВС используются различные механизмы руководства, укрепляющие сплоченность, сотрудничество и партнерство³², краткий обзор которых представлен здесь. Большинство из этих инструментов или подходов не подвергались детальному изучению или оценке. Вариации в подходах отражают не только различные цели ЗВС, но и различия в практических знаниях и опыте и кадровом потенциале, а также фрагментацию институциональных структур.

132. Стратегическое руководство в интересах здоровья – один из опорных элементов долгосрочной стратегии ВОЗ, сформулированной в политике Здоровье-2020. Улучшение показателей здоровья и благополучия должно стать задачей общегосударственных подходов и подходов на основе участия всего общества. Возникла необходимость в так называемом "разумном" стратегическом руководстве, которое позволит создать новые типы лидерства, вовлечения партнеров и демократизации.

133. Под "стратегическим руководством" понимается то, как взаимодействуют между собой государство и другие социальные организации, как они работают с гражданами и как принимаются решения в условиях сложного, глобализированного мира. Здоровье и благополучие тесно взаимосвязаны, и важную роль в этой взаимосвязи играют социальные детерминанты здоровья.

134. Детерминанты здоровья XXI века – это результаты транснациональных процессов. Принимая во внимание такой важный фактор, как стратификация мер, предусмотренных различными концепциями и видами деятельности, можно сказать, что ЗВС – это

³² St. Pierre L et al. Governance tools and framework for health in all policies. The Hague, Council for Public Health and Health Care, 2009 (http://www.rvz.net/data/download/IS_studie_Brussel_-_engels.pdf).

типичная государственная мера, а корпоративная социальная ответственность – мера в области бизнеса. Наконец, на уровне вовлечения граждан осуществляются такие меры, как работа с населением и с потребителями.

Структурные подходы к руководству

135. К структурным подходам относятся, например, такие общегосударственные механизмы, как правительственные комитеты, демонстрирующие высокий уровень политической приверженности, который можно считать одним из основных требований для достижения успеха.

- В Англии в 1999 г. были приняты стратегии *Saving lives: Our healthier nation* и *Reducing health inequalities* ["Спасение жизней: укрепление здоровья нашей нации" и "Уменьшение неравенств в отношении здоровья"], направленные на укрепление сотрудничества между различными секторами и уровнями государственного управления, а в 2003 г. в двенадцати министерствах и органах регионального и местного уровня был дан старт подлинно межсекторальной стратегии *Tackling health inequalities: A programme for action* ["Борьба с неравенствами в отношении здоровья: программа действий"]. В рамках этой стратегии был предложен четкий целевой показатель национального масштаба – сокращение к 2010 г. разрыва в отношении здоровья по показателям младенческой смертности и продолжительности жизни на 10%. Эти обязательства были утверждены и контролируются на уровне правительства, в том числе министерством финансов и министерством здравоохранения.
- В Норвегии в 2003 г. на уровне правительства была принята белая книга "Рецепт здоровья населения Норвегии" – десятилетний национальный план включения социального градиента здоровья в контекст содействия разумному соотношению между индивидуальной и социальной ответственностью. В 2007 г. была опубликована "Национальная стратегия уменьшения социальных неравенств", содержащая призыв к увязыванию стратегий в различных секторах. Для представления систематического и регулярно обновляемого обзора прогресса на пути к достижению стратегических целей была создана межведомственная система проверок и отчетности. Координацией проектирования и разработки показателей в рамках системы отчетности занимается Директорат здравоохранения Норвегии в тесном сотрудничестве с заинтересованными министерствами, управлениями и специалистами. С 2009 г. на основании данных этой системы проверок и отчетности ежегодно публикуются обзоры политики. В каждом годовом отчете рассказывается об основных инициативах и стратегиях на уровне страны, целях уменьшения неравенства и тенденциях по каждому из показателей с комментариями к ним. Потом эти материалы используются в качестве основы для ежегодного отчета об исполнении национального бюджета через совместные отчеты, включенные в проект бюджета министерства здравоохранения и социального обслуживания.
- Во Франции в 2009 г. был дан старт реализации нового национального плана по борьбе с онкологическими заболеваниями на 2009-2013 гг. с публикацией промежуточных отчетов о прогрессе. План охватывает пять основных вертикальных сфер (или осей): исследования, мониторинг, профилактика и скрининг, медико-санитарная помощь и жизнь с раковыми заболеваниями и после их излечения, а также три вертикальные (или поперечные) сферы: неравенства, индивидуальные или экологические факторы и повышение значимости роли всех лечащих врачей, задействованных в ходе всего течения болезни. Эти две плоскости (вертикальная и горизонтальная) связаны между собой мониторингом прогресса по 30 показателям на наиболее важных точках пересечения видов деятельности, что демонстрирует четкий пример межсекторального и многопрофильного подхода. В настоящее время приоритетной задачей является привлечение населения к

прохождению скрининга на предмет рака прямой и толстой кишки. Помимо онкологических заболеваний, на уровне политики здравоохранения особое внимание уделяется и другим проблемам в сфере общественного здравоохранения: снижению потребления алкоголя, роли взрослых в предупреждении употребления наркотиков детьми и подростками и кампаниям за физическую активность.

- Нынешняя политика здравоохранения Финляндии "Здоровье-2015" является программой сотрудничества, создающей широкую основу для укрепления здоровья в различных областях политики, которая охватывает различные области управления. Контроль за межсекторальными стратегическими программами осуществляется канцелярией премьер-министра. Позже в Финляндии была представлена стратегия, или план действий в отношении неравенств на 2008–2011 гг., предусматривающий использование государственных стратегий, существующих в других областях. Публикуется информация о намерениях и контроле за ходом осуществления межсекторальных мероприятий.

136. Межведомственные комитеты, хотя и не получая подобной государственной поддержки на высшем уровне, представляют собой более распространенную форму организации. Такие структуры способствуют лучшему пониманию разных обязанностей, но при этом могут усложнять организационную структуру.

- В Англии был учрежден подкомитет кабинета министров во главе с министром общественного здравоохранения, в задачу которого входило вовлечение различных государственных ведомств и министерств в выполнение государственных целевых показателей по уменьшению неравенства.
- Министерство здравоохранения Кыргызстана в 2006 г. подготовило межсекторальный план действий по укреплению здоровья населения в рамках процесса реформирования национальной системы медико-санитарной помощи "Манас таалими". План предусматривает улучшение координации мероприятий и ресурсов в области здравоохранения с другими государственными секторами в целях улучшения бытовых условий жизни людей (например, водоснабжения и жилищных условий), поведения в отношении собственного здоровья и доступа к услугам первичной медико-санитарной помощи. Планом также предусматривается координация помощи со стороны учреждений ООН и международных доноров с точки зрения общих целей по улучшению здоровья на уровне местных сообществ. План действий, официально утвержденный парламентом страны, включает четкое описание обязанностей различных заинтересованных сторон. В нем предусматривается целевое выделение ресурсов, увязанное с применением подхода, распространяющегося на весь сектор здравоохранения (SWAP), и бюджетами линейных ведомств, обучение медицинских работников, работающих в местных общинах, методам укрепления здоровья, повышение информированности через местные СМИ и поддержку и создание неправительственных организаций и рабочих групп по укреплению здоровья на уровне местных сообществ.

137. Руководящие комитеты могут содействовать принятию на высоком уровне и осуществлению всеобъемлющих практических планов реализации политики и выступать в качестве более эффективного механизма для обеспечения действенных мер по реализации политики на межведомственном уровне. Важную роль здесь играет четкое определение взаимозависимости между ведомствами и их обязанностей.

138. Хорошим механизмом для более гибкой координации могут быть сети неформальных обменов информацией, при условии, что между их членами существует высокий уровень доверия.

139. Более гибкую систему координации поможет установить сетевой подход, при условии полного доверия между членами сетей.

140. Создание отдельных специализированных организаций или отделов для практической реализации политики может обеспечить долгосрочную приверженность целям политики, но требует значительных ресурсов.

- В Англии при Министерстве здравоохранения был создан отдел по проблемам неравенства в отношении здоровья, задачей которого была поддержка стратегии и достижение целевых показателей по уменьшению неравенства в отношении здоровья.
- Директорат здравоохранения Норвегии с 2007 г. координирует процесс выработки показателей для Национальной стратегии по уменьшению социальных неравенств и служит своеобразным внутренним порталом, содержащим информацию о том, как включать в планирование соображения по уменьшению неравенств. Директорат способствует повышению компетентности местных ведомств и работников общественного здравоохранения, укреплению сотрудничества между муниципальными властями и местной администрацией общественного здравоохранения и выработке базы знаний для сотрудничества между различными министерствами и между муниципалитетами и местными органами здравоохранения.

Подходы с точки зрения процесса

141. Совместное планирование и расстановка приоритетов позволяют ставить общие цели, что является важным условием для успеха совместной деятельности. Как показывает практика, огромное значение для успешной интеграции играет руководство.

- В Норвегии был представлен план действий по уменьшению неравенств в отношении здоровья. Механизмы содействия межсекторальному сотрудничеству включают сотрудничество между министерствами и ряд других мер, таких как оценка воздействия на здоровье и, на муниципальном уровне, социальное планирование и планирование землепользования.
- В Швеции в докладах о политике в области общественного здравоохранения ставится цель представить информацию о деятельности центральных ведомств, окружных советов и муниципалитетов в области общественного здравоохранения, а также указываются направления дальнейших действий. В национальном обследовании здоровья отражаются новейшие данные о состоянии здоровья населения и тенденции. Идет постоянное сотрудничество между Шведским национальным институтом общественного здравоохранения и окружными советами и регионами.

142. Получению интегрированных результатов и признанию наличия общих и частично дублирующихся уставных целей организаций может способствовать проведение оценок общими силами.

- В Англии ежегодно проводятся регулярные оценки осуществления национальной стратегии и достижения целевых показателей по уменьшению неравенств в отношении здоровья под эгидой научной референс-группы по неравенствам. Оценки показали определенные улучшения в отношении числа детей, живущих за чертой бедности, и положительное воздействие стратегии межсекторального сближения. Правительство поручило данной научной группе разработать новую межсекторальную стратегию.
- В Финляндии все министерства по закону обязаны предоставлять необходимую информацию для оценки эффективности деятельности по критериям достижения национальных и межведомственных целей в области общественного здравоохранения.

143. В Европе относительно широко распространено использование межсекторальных инструментов и целевых показателей здоровья, например, в Европейской стратегии "Здоровье для всех".

- Министерство социальных дел и здравоохранения Финляндии предложило нескольким национальным исследовательским институтам разработать инструменты для осуществления и мониторинга мероприятий, связанных с политикой и программами в области общественного здравоохранения. К таким инструментам относятся Интернет-портал, экспериментальные проекты, учебные планы для различных секторов, база данных по инновационным методам и разработка показателей для мониторинга здоровья на местном уровне.
- После публикации в 1998 г. закона "Об обновленной политике в области общественного здравоохранения" в Швеции целевые показатели здоровья были сведены в группы в соответствии с одиннадцатью основными целями, сформулированными таким образом, чтобы отразить структуру государственного управления страны. Целевые показатели способствуют реализации политики, основная задача которой заключается в "создании условий, обеспечивающих хорошее здоровье на равных условиях" для всего населения страны. Мониторингом осуществления политики и достижения ее целей занимается Шведский национальный институт общественного здравоохранения. Для этого им были разработаны новые показатели, соответствующие всеобъемлющим целям политики. Политика в области общественного здравоохранения предусматривает направление в парламент Швеции доклада об оценке деятельности раз в четыре года. Следует отметить, что процедура оценки весьма сложна по причине высокой степени децентрализации системы управления Швеции: существует много различных действующих сторон на различных уровнях управления.

Финансовые подходы

144. Финансовые подходы к руководству включают координацию и согласование финансовых потоков в контексте планирования инвестиций, обеспечивающего связь потоков с официально установленными целями.

- В Англии были приняты новые меры, направленные на координацию и согласование планирования инвестиций с официально установленными целями, и в рамках этих мер ресурсы направляются на финансирование уменьшения неравенств в отношении здоровья. Было создано два механизма управления: всеобъемлющие обзоры расходов по всем статьям, связанных с достижением целей снижения неравенств, и процесс согласования политики между центральным правительством и министерствами с одной стороны и местными органами с другой для достижения целей на уровне страны. Эти соглашения между государственными службами 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. Иными словами, соображения здоровья и благополучия включаются в национальную политику.
- В Финляндии финансирование политики в области общественного здравоохранения осуществляется посредством особого бюджета, определяемого в межсекторальных планах действий, таких как Национальный план действий по уменьшению неравенств в отношении здоровья от 2008 г.

145. Совместное финансирование укрепляет приверженность и сплоченность партнеров. Гранты и другие механизмы финансовой поддержки могут обеспечивать стабильность обязательств в отношении финансирования, что также является одним из неотъемлемых элементов успеха.

- Во Франции для снижения потребления табака были использованы финансовые стимулы, предусмотренные в национальном плане по борьбе с онкологическими заболеваниями – повышение стоимости сигарет на 45% в первые два года. Это привело к снижению числа курильщиков на 1,8 миллиона человек.

Юридические подходы

146. Действенными средствами интеграции являются законы и нормативные акты, если они составлены именно с такой установкой. Соглашения, протоколы, обмен письмами, меморандумы о взаимопонимании, договоры и другие схожие инструменты должны четко определять цели и намеченные результаты деятельности, роли и обязанности всех сторон, методы оценки и механизмы функциональной и финансовой подотчетности.

Подходы, основанные на оценке воздействия на здоровье и оценке воздействия на справедливость в отношении здоровья

147. Оценка воздействия на здоровье (ОВЗ) и оценка воздействия на справедливость в отношении здоровья (ОВСЗ) помогают лицам, принимающим решения, выбирать между имеющимися вариантами и прогнозировать последствия выбора. По определению они являются межсекторальными и касаются будущего. Пока эти методы чаще всего используются на региональном и местном уровне, но есть примеры применения таких подходов и на уровне страны.

- Уменьшение неравенств в отношении здоровья является одним из приоритетов Национального собрания Уэльса. При проведении ОВЗ большое внимание уделяется воздействию тех или иных мер на справедливость в отношении здоровья. Например, ассоциация местных жителей инициировала проведение ОВЗ для анализа воздействия проекта строительства дороги. Намерение состояло в том, чтобы документально зафиксировать воздействия планируемого строительства дороги на здоровье и без того небогатого и уязвимого населения. ОВЗ учитывала, какое воздействие на здоровье будут оказывать загрязнение, шум и уровни физической активности. Собранные фактические данные позволили сделать вывод о том, что строительство дороги негативно отразится на здоровье местного населения. ОВЗ дала уязвимой группе право и возможность высказать свои опасения и проинформировать лиц, осуществляющих планирование в различных секторах, о воздействии их деятельности на здоровье населения. В результате дорога построена не была, хотя точно сказать, какова в этом решении была роль результатов ОВЗ, невозможно.
- В Словении была проведена ОВЗ политики в области сельского хозяйства и продовольствия, предложенной в рамках вступления страны в Европейский союз. До этого ни одна страна не предпринимала попытки провести на национальном уровне оценку воздействия политики в области сельского хозяйства на здоровье. ОВЗ состояла из шести этапов: анализ политики, проведение семинаров по экспресс-оценке с заинтересованными партнерами из различных сфер, обзор фактических данных исследований в области сельскохозяйственной политики, анализ данных Словении по основным показателям, связанным со здоровьем, представление отчета о результатах комитету представителей ключевых государственных ведомств и оценка. Опыт Словении показывает, что проведение ОВЗ позволило включить в повестку дня в области сельского хозяйства более широкие соображения общественного здравоохранения, что привело к положительным результатам для выработки политики.
- Европейская комиссия включила в свою процедуру оценки воздействия аспект здоровья в соответствии с требованием статьи 152 Амстердамского договора о том, что "при определении и внедрении всех стратегий и мероприятий Сообщества должен обеспечиваться высокий уровень охраны здоровья населения".

Децентрализованные системы государственного управления

148. Децентрализация систем управления и планирования создает дополнительные сложности в обеспечении учета интересов здоровья во всех субнациональных стратегиях и программах.

- В Словакии возросла степень автономности региональных властей в принятии решений по социальным и экономическим вопросам и решений об инвестициях, многие из которых воздействуют на здоровье и справедливость в отношении здоровья, а также их детерминанты. В то же время функция управления и организации здравоохранения сохраняется в основном за центром. Региональные парламенты официально включили раздел о здравоохранении в региональные планы развития и связанные с ними цели в области инвестиций и потоки финансирования. Были созданы многопрофильные группы по межсекторальному планированию, которые на основании региональных циклов и механизмов планирования включают соображения справедливости в отношении здоровья в приоритеты и планы инвестиций. В региональные межсекторальные приоритеты и мероприятия были включены задачи, связанные со здоровьем наиболее уязвимых групп (таких как пожилые люди, цыганские сельские общины, бездомные или мигранты, а также безработные) с выделением соответствующих ресурсов и финансовых вложений. Также необходимо было обеспечить отражение и осуществление задач в области укрепления здоровья и общественного здравоохранения, предусмотренных национальной политикой, в региональных планах развития и инвестиционных программах. Для обеспечения такого учета различными секторами интересов здоровья в региональных планах развития использовался целый ряд механизмов

Поддержка со стороны ВОЗ

149. ВОЗ предпринимает многочисленные меры для укрепления потенциала министерств здравоохранения, который необходим для того, чтобы (а) анализировать и (б) понимать детерминанты здоровья и неравенства в отношении здоровья. Примеры такой работы включают:

- деятельность в качестве посредника в распространении инноваций, фактических данных и специальных знаний и опыта (например, в неформальных сетях по обмену знаниями, созданных Глобальной комиссией по социальным детерминантам здоровья (ГКСДЗ)), предоставление синтеза информации о детерминантах здоровья и обсуждение результатов в рамках диалога по вопросам политики с государствами-партнерами и в регионах. Руководства, инструменты и примеры представлены в докладе ВОЗ о результатах оценки и фактических данных, связанных с социально-экономическими детерминантами здоровья.
- опубликование Управлением общественного здравоохранения Канады доклада ГКСДЗ о межсекторальных действиях. В докладе рассказывается об опыте и знаниях, накопленных странами на сегодняшний день, и показано, что определенный эффект уже достигнут. Межсекторальные исследования мер, принятых для воздействия на социальные детерминанты и справедливость в отношении здоровья, включают важные и достаточно распространенные механизмы, эффективно используемые во многих странах мира;
- включение интересов здоровья в европейские платформы для межсекторальной деятельности, такие как "Десятилетие цыган";
- разработка инструментов и методов;
- прямая техническая помощь в проведении анализа проблем, связанных с несправедливостью в отношении здоровья;
- отчеты стран с указанием основных социальных детерминант и сфер политики, не связанных с сектором здравоохранения, в которых необходимо развивать и углублять межсекторальное сотрудничество;

- инструмент для оценки стратегического руководства с точки зрения социально-детерминированного неравенства в отношении здоровья, который позволяет оценить логическую последовательность стратегий и механизмов управления, призванных на национальном уровне решать конкретные проблемы несправедливости в отношении здоровья в какой-либо стране. Этот инструмент использовался в Словении, и результатом стали мероприятия на межведомственном уровне, направленные на снижение социального неравенства в отношении здоровья в этой стране;
- "Интернет-атласы", помогающие министерствам здравоохранения оценивать неравенства в отношении здоровья и их социальные детерминанты, а также результаты деятельности систем здравоохранения. В настоящее время такие атласы доступны в онлайн-режиме. В данный инструмент также входит сопутствующий справочник-ресурс по оценкам политики здравоохранения в странах и основанным на фактических данных возможным вариантам действий. Десять из таких вариантов представляют собой межсекторальные подходы и подходы, основанные на принципе учета интересов здоровья в политике всех секторов, к социальным детерминантам и снижению неравенства в отношении здоровья;
- анализ социальных детерминант здоровья и неравенств в отношении здоровья – проведенный в 2010 г. международный семинар, который стал форумом для руководящих лиц, вырабатывающих политику и осуществляющих планирование, а также аналитиков (в частности, из стран Центральной и Восточной Европы, стран Балтии и балканских государств), где они могли обсуждать, апробировать и применять практические знания, инструменты и методы для мониторинга и анализа социальных неравенств в отношении здоровья. Семинар дал участникам возможность лучше познакомиться с применением фактических данных и аналитических инструментов для совершенствования своих национальных стратегий и целевых показателей, направленных на уменьшение социальных неравенств в отношении здоровья;
- создание альянсов и партнерств, таких как (а) Кошицкий институт общества и здоровья – партнерство для усиления поддержки, которую ВОЗ оказывает министерству здравоохранения в анализе социальных детерминант и неравенств в отношении здоровья, и (б) сотрудничающий центр ВОЗ по укреплению организационно-кадрового потенциала для межсекторальных стратегий достижения справедливости в отношении здоровья при Центре здоровья и развития (г. Мурска Собота, Словения);
- руководство межсекторальными мероприятиями и влияние на другие секторы с тем, чтобы они принимали меры в отношении этих детерминант;
- в Кыргызстане ВОЗ выступила в роли организатора межсекторальных действий в интересах охраны здоровья в рамках общегосударственного процесса реформ. Межсекторальный план действий был официально утвержден правительством и включен в Закон о проведении реформ;
- словенская "Мурская программа инвестиций в здоровье" была частью европейской Веронской инициативы ВОЗ по инвестированию в здоровье (1996–2003 гг.). В результате были приняты интегрированные планы в области здоровья и развития, эффективность устойчивого воздействия которых подтверждается фактическими данными. Этот подход был включен в анализ стратегии и функций общественного здравоохранения, который в настоящее время осуществляется в стране. Кульминацией проекта стало проведение в Словении конференции по неравенствам в отношении здоровья, организованной Министерством здравоохранения Словении и ВОЗ;

- областные законодательные органы Словакии официально включили раздел о здравоохранении в региональные планы развития и связанные с ними цели в области инвестиций и потоки финансирования. Такой подход является примером поддержки страны со стороны ВОЗ, в результате чего страна дает возможность интересам здоровья влиять на приоритеты и инвестиционные планы других секторов, с тем, чтобы вопросы, связанные с социальными детерминантами и медико-санитарной помощью, могли решаться в рамках одной из важнейших составляющих полномочий региональных властей.

Выводы

150. Хотя приведенные выше примеры и иллюстрируют спектр мероприятий, проводимых в настоящее время для укрепления согласованности и межсекторального сотрудничества в контексте учета интересов здоровья в политике всех секторов, в настоящее время в Европе нет всеобъемлющего и методологически строго выдержанного исследования, посвященного общегосударственному подходу и инструментам руководства и системам для проведения в жизнь ЗВС. По-прежнему может быть ничего не известно о многих изменениях, связанных прежде всего с федерализацией, передачей полномочий и децентрализацией здравоохранения и медико-санитарной помощи, которые наблюдались в нескольких странах в последние десятилетия.

151. Не хватает научной литературы по инструментам руководства и системам для реализации ЗВС; вероятно, это обусловлено новизной этой области работы. В частности, отмечаются сложности в проведении научной оценки эффективности ЗВС, поскольку научную строгость оценки стратегий и инструментов руководства ограничивают методологические проблемы.

152. Несмотря на эти сложности, имеющиеся ситуационные исследования и литература указывают на несколько наиболее важных элементов успешного осуществления принципа ЗВС:

- сильное руководство на высшем уровне государственного управления
- уверенная лидирующая роль системы здравоохранения
- четкое видение перспектив развития здравоохранения и наличие хорошо продуманной политики, включающей цели и целевые показатели
- надведомственная структура/организация, отвечающая за реализацию принципа ЗВС

153. Создание новых организационных структур для поддержки ЗВС или фактическое поручение новых обязанностей какой-либо существующей структуре

- обеспечение правовой поддержки принципу ЗВС путем пересмотра законодательства в области общественного здравоохранения
- правовая поддержка для утверждения отдельных мероприятий
- одновременные действия на различных организационных уровнях
- специальные отделы по ОВЗ с устойчивым финансированием.

VI. Достигнутый прогресс и будущие направления работы по осуществлению положений Таллиннской хартии

От ценностей к действиям: резюме

154. Таллиннская хартия "Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния" стала важной вехой в развитии политики здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ. В ней государства-члены воплотили убежденность в том, что инвестиции в здоровье – это вклад в социальное благополучие и экономическое благосостояние людей, что сегодня является недопустимым, чтобы люди оказывались за чертой бедности в результате ухудшения здоровья, что хорошо отлаженные системы здравоохранения составляют важнейшее условие улучшения здоровья и поэтому должны демонстрировать высокие результаты своей деятельности. Иными словами, они подтвердили фундаментальное значение здоровья для общества и свою коллективную ответственность за укрепление здоровья и справедливости в отношении здоровья. Более того, государства-члены выразили убежденность в том, что услуги, которые предоставляются системами здравоохранения – это нечто большее, чем просто медико-санитарная помощь. Сюда входят услуги общественного здравоохранения, такие как профилактика болезней и укрепление здоровья, а также усилия, направленные на то, чтобы повлиять на другие секторы, чтобы они в своих стратегиях учитывали проблемы, связанные с охраной здоровья.

155. В последние годы в Регионе было внедрено много стратегий и инноваций, соответствующих принципам Таллиннской хартии. Укрепление солидарности и справедливости были главными задачами политики, которые решались прежде всего путем радикального пересмотра механизмов финансирования здравоохранения и расширения охвата услугами здравоохранения обездоленных групп населения. Инвестиции в здоровье и сохранение уровня инвестиций в условиях финансового кризиса стали темой напряженных дискуссий во многих государствах-членах, и в этой сфере есть несколько удачных примеров, на которых можно учиться. В ряде случаев для того, чтобы повлиять на детерминанты здоровья вне сектора здравоохранения, создавались инновационные механизмы руководства с применением общегосударственного подхода. Государства-члены способствуют широкому общественному участию и вовлекают заинтересованных партнеров, например, в укрепление диалога между секторами, расширение практики использования фактических данных о дефиците справедливости, формирование единого видения перспектив или выработку механизмов укрепления солидарности между регионами. В настоящее время большинство государств-членов обеспечивают готовность и способность своих систем здравоохранения к реагированию на кризисы, осуществляют сотрудничество друг с другом и с помощью практических мер добиваются выполнения требований Международных медико-санитарных правил. Во всех этих сферах более широкое использование фактических данных при выработке политики позволило сделать политические процессы более прозрачными. Важным инструментом повышения уровня знаний и опыта является обмен знаниями и сотрудничество между странами, и здесь ведущую роль играет ВОЗ как организатор этого процесса. Весь этот спектр мер демонстрирует энтузиазм и готовность на практике осуществлять воплощенные в Хартии принципы, что еще раз говорит о ее важности в крайне неоднородном Европейском регионе.

156. Одной из центральных является в Хартии тема повышения прозрачности и ответственности за результаты деятельности систем здравоохранения. Руководство систем здравоохранения в нескольких странах в первую очередь сосредоточилось на том, чтобы "навести порядок в собственном доме", а не просто требовать больше ресурсов или говорить о важности здоровья. Принципы и подход, сформулированные в Хартии, служат

основой для повышения эффективности деятельности путем укрепления систем здравоохранения.

157. Государства-члены производят и используют в процессе принятия решений все больше фактических данных о результатах деятельности систем здравоохранения, а также ищут эффективных путей превращения оценки показателей деятельности в обычную практику работы структур управления. Ключевые заинтересованные партнеры в секторе здравоохранения, такие как правительства, заказчики и поставщики услуг, администрация системы здравоохранения и гражданское общество, выражают готовность принять участие в обсуждении эффективности деятельности систем здравоохранения. Благодаря этому такое обсуждение может стать важным инструментом повышения прозрачности и подотчетности всего сектора здравоохранения и стимулирования диалога между секторами.

158. Финансовый кризис стал испытанием на прочность приверженности государств-членов принципам Хартии. В условиях дефицита финансовых средств, вызванного ухудшением состояния государственных финансов за годы экономического спада, легко может ослабнуть приверженность принципам справедливости, солидарности и финансовой защиты. Сокращения бюджета по всем статьям в секторах здравоохранения и социальной защиты привели к росту бедности и нездоровья. Изучение опыта реагирования государств-членов на финансовый кризис позволяет сделать вывод о том, что в случае, когда сокращение бюджета здравоохранения необходимо, его нужно осуществлять таким образом, чтобы свести к минимуму негативное воздействие на бедные и уязвимые слои населения. Одновременно с этим следует провести давно назревшие реформы по повышению рациональности, поскольку они могут смягчить последствия "компромиссных решений" с точки зрения устойчивости (эти решения необходимы еще больше в условиях кризиса).

159. Было показано, как министерства здравоохранения возглавляют межсекторальную деятельность по укреплению здоровья и как берут на себя ответственность за попытку повлиять на факторы, воздействующие на здоровье, даже когда эти факторы лежат за пределами системы. На повестке дня стоит задача включить соображения охраны здоровья во все стратегии ("учет интересов здоровья в политике всех секторов"), чтобы сделать улучшение здоровья стратегической целью для всего общества, которая будет отражаться в приоритетах всех сфер государственного управления. Эта цель предполагает решение сложных проблем здравоохранения путем принятия комплексных ответных мер политики, охватывающих многие секторы и сферы. Это позволяет правительствам более системно воздействовать на ключевые детерминанты здоровья, а также принимать во внимание пользу улучшения здоровья населения для достижения целей других секторов.

160. Страны, осуществляющие на практике принципы Хартии, показали, что при наличии сильного руководства, инноваций и открытости переход от ценностей к действиям за короткое время возможен. Сильное руководство является одним из ключевых факторов успеха и необходимо для поддержки таких ценностей, как справедливость, солидарность и финансовая защита, особенно в условиях финансового кризиса. Сильное руководство позволяет направить в нужное русло формирование общего видения перспектив для достижения поставленных целей и способствует осуществлению изменений в секторе здравоохранения и за его пределами. В условиях, когда старые подходы уже не способны вести к улучшению здоровья и удовлетворять потребности уязвимых групп, важнейшую роль начинают играть новое видение перспектив, новаторская политика, новые механизмы финансирования и руководства. Наконец, открытость по отношению к основным заинтересованным партнерам сектора здравоохранения и их участие в оценке эффективности деятельности системы здравоохранения, выработке и осуществлении политики и информационно-

пропагандистских мероприятиях в сфере здравоохранения положили начало новой эре руководства.

161. Несмотря на достигнутые успехи, ряд сложностей и препятствий по-прежнему не позволяют государствам-членам воплотить ценности Таллиннской хартии в практические действия. Хотя лица, вырабатывающие политику в сфере здравоохранения, с энтузиазмом подходят к выполнению обязательств, принятых в Таллиннской хартии, вовлечение в этот процесс более широкого круга государственных учреждений и политиков и тем более обеспечение их участия в деятельности, направленной на долговременное улучшение здоровья, и во всеобъемлющих подходах к руководству может оказаться сложной задачей. Реализация некоторых обязательств, принятых в Таллиннской хартии, особенно в отношении финансовой защиты и доступа, требует ресурсов. Годы, прошедшие с начала финансового кризиса, были для многих стран очень непростыми с точки зрения сохранения баланса бюджета и лишь усилили изначальное противоречие, существовавшее и раньше, между растущей потребностью в медико-санитарной помощи и ограниченными ресурсами. Во многих странах уровень финансирования не позволяет выполнять взятые обязательства в отношении таких социальных ценностей, как финансовая защита и справедливость.

162. В целом, государства-члены недвусмысленно обязались брать Хартию за основу при воплощении общих ценностей в действия по укреплению систем здравоохранения. В некоторых государствах-членах одним из достоинств Таллиннской хартии стало то, что она позволила привлечь внимание лиц, вырабатывающих политику, к важности всестороннего укрепления систем здравоохранения и подтолкнуть развитие политической повестки дня в соответствующем направлении. В других же странах Таллиннская хартия стимулировала деятельность в определенных областях укрепления систем здравоохранения, например, улучшение руководства посредством оценки эффективности деятельности и межсекторальных мероприятий или совершенствование механизмов финансирования здравоохранения для более полного удовлетворения потребностей лиц, живущих за чертой бедности.

От Таллиннской хартии к политике Здоровье-2020

163. Полученные в ходе осуществления Таллиннской хартии уроки будут использованы при разработке новой Европейской политики здравоохранения Здоровье-2020. В этой политике подтверждается приверженность таким положениям Таллиннской хартии, как необходимость срочно устранить неравенства в отношении здоровья, уделяя больше внимания удовлетворению нужд малообеспеченных и уязвимых групп; важность вовлечения пациентов и других заинтересованных сторон в процесс принятия решений, касающихся здоровья людей и общества, в котором они живут, и необходимость преодоления новейших вызовов в области здравоохранения с помощью партнерств, направленных на обмен опытом и сотрудничество. Синергизм между Таллиннской хартией и политикой Здоровье-2020 будет иметь особенно большое значение в трех сферах: обновление служб общественного здравоохранения и активизация их деятельности, осуществление принципа учета интересов здоровья в политике всех секторов и совершенствование руководства посредством оценки эффективности деятельности.

164. Несмотря на значительный прогресс, достигнутый в осуществлении обязательств, принятых в Таллиннской хартии, есть свидетельства того, что настало время вновь обратить особое внимание на укрепление служб общественного здравоохранения в Европейском регионе. Одна из причин, по которым абсолютно необходимо это сделать, заключается в том, что в настоящее время основное бремя болезней приходится на неинфекционные заболевания. Поскольку программы общественного здравоохранения ориентированы на обеспечение здоровья населения в долгосрочной перспективе, они

часто вступают в противоречие с относительно короткими электоральными циклами, диктующими стратегические императивы, что часто влечет за собой чрезмерную озабоченность политиков услугами медико-санитарной помощи. В настоящее время все большее беспокойство вызывает тот факт, что в условиях финансового кризиса урезание бюджета системы здравоохранения непропорционально сильно затронуло такие критически важные услуги общественного здравоохранения, как профилактика болезней и укрепление здоровья. Эта обеспокоенность еще больше усугубляется тем фактом, что даже до финансового кризиса службы общественного здравоохранения во многих странах Региона ослабели как с институциональной, так и с функциональной стороны.

165. Воспользовавшись процессом разработки политики Здоровье-2020, Европейское региональное бюро ВОЗ обязалось возобновить свои усилия в сфере общественного здравоохранения и в этом контексте начнет разработку "Основ для деятельности по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения в Европе". Основа для деятельности в области общественного здравоохранения будет строиться на выраженном в явной форме в Таллиннской хартии признании важности укрепления здоровья и профилактики болезней. Для этого будут предусмотрены мероприятия по расширению и совершенствованию реализации основных операций и предоставления услуг общественного здравоохранения и по укреплению структур и кадровых ресурсов общественного здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ.

166. Государства-члены в Таллиннской хартии признали решающее влияние социальных, экологических и экономических детерминант на показатели здоровья. Признав в Хартии функцию стратегического руководства, выполняемую системами здравоохранения, государства-члены стремятся наделить министерства здравоохранения соответствующими полномочиями для того, чтобы воздействовать на эти широкие детерминанты здоровья. Исходя из этой функции стратегического управления, в Таллиннской хартии признаются право и обязанность министерств здравоохранения содействовать отражению интересов здоровья в политике, проводимой всеми секторами, и способствовать их эффективной реализации во всех секторах.

167. Опыт реализации положений Таллиннской хартии показал, что для эффективного выполнения своей функции стратегического лидера министерствам здравоохранения нужно нечто большее, чем просто мандат на выполнение этой роли. Во многих странах Региона министерства здравоохранения не имеют в правительстве достаточного авторитета для того, чтобы инициировать и осуществлять перемены вне своей сферы компетенции. Опыт показал, что ответственность за улучшение здоровья должна поэтому лежать на самом высоком уровне государственного управления. Более того, для помощи министерствам здравоохранения в руководстве межсекторальными действиями в ответ на вызовы в области охраны здоровья нужны формальные и неформальные механизмы руководства. К таким механизмам относятся институциональные платформы (например, отдел политики здравоохранения при администрации премьер-министра, укомплектованный представителями различных ведомств, объединенные комитеты и рабочие группы), стимулы и схемы подотчетности (например, общие целевые показатели и бюджетные механизмы, обеспечивающие совместное финансирование и подотчетность), а также формальные требования по оценке влияния важнейших предложений в отношении политики на здоровье населения.

168. В свете вышеизложенного, политика Здоровье-2020 будет способствовать продвижению общегосударственного подхода к руководству здравоохранением. Одним из решающих факторов, влияющих на способность министерств здравоохранения вовлечь в эту деятельность другие секторы и начать перемены, является сильное руководство. Политика Здоровье-2020 покажет, как и насколько эффективно министерства здравоохранения смогут управлять процессами горизонтального руководства в интересах укрепления здоровья как одной из общих целей, которые

преследуют все звенья государственного управления. Более того, данная политика даст четкое представление о механизмах руководства, заложенных в модель учета интересов здоровья в политике всех секторов, которые позволят правительствам дать министерствам здравоохранения необходимые полномочия для того, чтобы они могли служить эффективным связующим звеном в сложных сетях детерминант здоровья и несправедливости в отношении здоровья.

169. Опыт государств-членов в области оценки эффективности деятельности и анализа политики говорит о том, что измерение, мониторинг и оценка также могут способствовать продвижению ряда принципов, в целом актуальных для руководства здравоохранением и, следовательно, для развития политики Здоровье-2020. Помимо обеспечения прозрачности и подотчетности, одной из основных целей оценки эффективности деятельности является содействие адаптивному процессу выработки политики с широким участием заинтересованных сторон. Важными элементами процесса являются широкое участие пациентов и других заинтересованных сторон в принятии решений, мониторинге и оценке деятельности.

170. Поскольку оценке эффективности деятельности сопутствует много оценочных суждений (например, выбор показателей или придание относительной важности тем или иным целям), проведение такой оценки может стать для различных действующих лиц и заинтересованных партнеров форумом для обсуждения своих точек зрения и предпочтений и обмена опытом. Возникающий в результате синергизм может быть неоценимым для достижения общих целей общества. По самой своей природе проблемы политики здравоохранения, такие как взаимосвязанные эпидемии ожирения и сердечно-сосудистых заболеваний, характеризуются сложностью, неопределенностью, высокими ставками и конфликтом ценностей. В условиях этих сложностей осуществление стратегий должно быть сходно проведению масштабных экспериментов, в которых мероприятия по мониторингу и оценке представляют собой жизненно важный механизм, позволяющий лицам, вырабатывающим политику, учиться на практическом опыте и соответствующим образом адаптировать свою работу.

Путь дальнейшего движения – к шестьдесят пятой сессии Регионального комитета в 2015 г.

171. Европейское региональное бюро ВОЗ продолжит поддерживать государства-члены в осуществлении обязательств, сформулированных в Таллиннской хартии, путем укрепления своих систем здравоохранения. Сотрудничество ВОЗ с государствами-членами будет осуществляться в форме предоставления соответствующих технических знаний и информации для проведения диалога по вопросам политики в самых различных сферах, таких как уменьшение бремени отдельных болезней, улучшение механизмов финансирования здравоохранения, укрепление служб общественного здравоохранения, повышение качества медицинских услуг, генерирование надлежащего уровня ресурсов нужного качества (кадровых ресурсов и лекарственных средств) и усиление механизмов стратегического руководства. Помимо этого, Региональное бюро может предложить странам ряд международных инструментов, таких как руководства по оценке деятельности систем здравоохранения, ситуационные исследования, позволяющие обмениваться практическим опытом и знаниями в ряде областей, связанных с укреплением систем здравоохранения, аналитические труды, учебные курсы и другие мероприятия по обмену опытом между странами. Наконец, новая инициатива ВОЗ по подготовке национальных планов здравоохранения позволит тем государствам-членам, которые начинают новые циклы планирования, применить системный подход к укреплению систем здравоохранения.

172. Материалы данного предварительного доклада свидетельствуют о том, что положения Таллиннской хартии осуществляются в таких стратегических условиях,

которые характеризуются сложностью, неопределенностью, высоким риском и, иногда, конфликтом ценностей. Поэтому Таллиннская хартия как комплекс данных на региональном уровне обязательств в области подотчетности за деятельность систем здравоохранения, представляет собой важный политический "эксперимент", и из опыта ее осуществления государствами-членами и Региональным бюро можно будет извлечь немало ценных уроков. Для того чтобы сделать процесс обогащения знаниями максимально эффективным, сохраняя верность описанной выше парадигме адаптивного формирования политики, в ближайшем будущем следует начать планирование проведения оценки, которая позволит оценить опыт стран в проведении реформ и роль данного международного политического соглашения. Подход, взятый на вооружение в настоящем среднесрочном обзоре, можно усилить, включив в него индивидуальные собеседования, работу с репрезентативными группами и ситуационные исследования, а к организации проведения оценки можно привлечь отдельные государства-члены или независимую структуру. Все это позволит собрать, надлежащим образом проанализировать и синтезировать к моменту проведения шестьдесят пятой сессии Регионального комитета в 2015 г. богатейший опыт, накопленный в процессе этой деятельности.