



ЕВРОПА

**Европейский региональный комитет  
Пятьдесят восьмая сессия**

Тбилиси, Грузия, 15–18 сентября 2008 г.

Пункт 7(b) предварительной повестки дня

EUR/RC58/9  
+EUR/RC58/Conf.Doc./4  
28 июля 2008 г.  
80811  
ОРИГИНАЛ: АНГЛИЙСКИЙ

**Стратегическое управление/руководство системами  
здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ**

В июне 2008 г. в Таллинне, Эстония, Европейским региональным бюро ВОЗ была проведена Европейская министерская конференция по системам здравоохранения для рассмотрения воздействия систем здравоохранения на состояние здоровья населения и экономическое развитие, а также оценки новейших фактических данных об эффективных стратегиях улучшения деятельности систем здравоохранения.

На конференции 53 странами была принята Таллиннская хартия: системы здравоохранения для здоровья и благосостояния. Проведение Конференции послужило началом широкого политического диалога в целях изучения вопросов благосостояния общества, занимающих центральное место в треугольнике взаимосвязей между системами здравоохранения, здоровьем и благосостоянием. Одним из ключевых вопросов в этом диалоге является получение фактических данных о том, как хорошо функционирующие системы здравоохранения способствуют улучшению жизни людей и, таким образом, повышению благосостояния населения.

Основной функцией систем здравоохранения, требующей особого внимания, является стратегическое управление/руководство. Повышение прозрачности и подотчетности являются основными факторами, способствующими улучшению деятельности системы здравоохранения, которого стремятся добиться органы, осуществляющие стратегическое управление системами здравоохранения путем выполнения целого ряда вспомогательных функций: формулирование стратегий и политики в целях достижения целей системы здравоохранения; сбор и использование аналитической информации; оказание влияния путем координации деятельности с партнерами и другими отраслями и ведение информационно-пропагандистской деятельности в целях улучшения состояния здоровья; обеспечение надлежащего руководства, способствующего достижению целей системы здравоохранения; обеспечение возможности адаптации системы для удовлетворения меняющихся потребностей; и мобилизация юридических, регуляторных и политических инструментов для руководства деятельностью системы здравоохранения.

Предполагается, что основными темами обсуждения Региональным комитетом вопросов стратегического управления/руководства системами здравоохранения будут являться: обеспечение обмена знаниями и опытом; усиление национального потенциала в целях улучшения деятельности системы здравоохранения путем более эффективного стратегического управления; и поддержка инвестиций, направленных на улучшение стратегического управления охраной здоровья и системой здравоохранения в качестве первого шага к укреплению систем здравоохранения. Предполагается также, что обсуждения на сессии Регионального комитета будут связаны с Таллиннской хартией, закрепляющей обязательства по укреплению систем здравоохранения в Регионе, с тем чтобы сделать их более подотчетными и более оперативно реагирующими на потребности людей, в особенности малоимущих и уязвимых групп населения.

Прилагается проект резолюции, содержащий основные вопросы политики по данному вопросу, который будет представлен на рассмотрение Регионального комитета.



## Содержание

	<i>Стр.</i>
Стратегическое управление и деятельность системы здравоохранения .....	1
Понятия и определения .....	3
Стратегическое управление системами здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ: методы, инструменты и средства .....	7
Оценка функции стратегического управления системой здравоохранения.....	12
Важнейшие проблемы и приоритеты в области стратегического управления системами здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ.....	15
Роль Европейского регионального бюро ВОЗ .....	16
Проект резолюции .....	16
Приложение. 1 Глоссарий терминов .....	17
Приложение 2. Принципы оценки функции руководства (стратегического управления) системой здравоохранения (Региональное бюро ВОЗ для стран Восточного Средиземноморья, 2008 г.).....	19
Библиография.....	21



## Стратегическое управление и деятельность системы здравоохранения

1. Ситуация в области здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ характеризуется общим улучшением состояния здоровья населения за последние пятнадцать лет, о чем свидетельствуют основные показатели здоровья, такие как ожидаемая продолжительность жизни при рождении или ожидаемая продолжительность жизни с поправкой на инвалидность (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2007). Однако наряду с этим улучшением ситуации существует ряд проблем, вызывающих серьезную озабоченность, таких как высокая распространенность неинфекционных заболеваний в большинстве стран Европейского региона, неравенство между странами и внутри стран в отношении доступа к службам здравоохранения и результатов медицинской помощи, несоответствие между системой здравоохранения, кадровыми ресурсами и потребностями населения в области здравоохранения, а также рост расходов на нужды здравоохранения и оказание медицинской помощи. Эти проблемы являются лишь частью факторов, которые подрывают доверие населения к системам здравоохранения в их странах (European Commission, 1998).

2. Таким образом, государства - члены Европейского региона ВОЗ сталкиваются со значительными трудностями. В ряде случаев указанные выше проблемы сохраняются на протяжении десятилетий, несмотря на усилия, предпринимаемые в ряде областей. В частности, правительства ряда стран предъявляются требования улучшить деятельность систем здравоохранения и обеспечить более высокую отдачу от вложенных средств. Эта проблема становится еще более актуальной по мере более четкого понимания взаимосвязей между состоянием здоровья и благополучием общества. Например, результаты недавно проведенного исследования показали, что в период с 1970 по 2003 г. рост благосостояния в результате увеличения ожидаемой продолжительности жизни в странах Западной Европы был эквивалентен 29–38% валового внутреннего продукта (ВВП) в денежном выражении. Различия между некоторыми странами Восточной Европы в период с 1990–2003 г. были значительными: в некоторых из них наблюдалось снижение ожидаемой продолжительности жизни, эквивалентное снижению уровня благосостояния на 16–31%, в то время как увеличение ожидаемой продолжительности жизни в других странах способствовало повышению уровня благосостояния, эквивалентному 12–31% ВВП (Suhrcke et al., 2008). Правительства стран сталкиваются с необходимостью делать сложный выбор и находить компромиссы в целях улучшения деятельности системы здравоохранения, стараясь обеспечить участие в этой деятельности всех заинтересованных сторон с соблюдением таких принципов, как обеспечение справедливости и эффективность. В этой связи в проведении сложных реформ системы здравоохранения принимает участие государственный и частный сектор. В условиях, когда средства массовой информации и население призывают к обеспечению большей прозрачности и подотчетности, функция стратегического управления министерств здравоохранения и правительств привлекает все большее внимание. Ее целью является улучшение функционирования системы здравоохранения и, в конечном итоге, “достижение всеми народами возможно высшего уровня здоровья” (ВОЗ, 2007а), должным образом принимая во внимание интересы, мнения и ожидания заинтересованных сторон и, в частности, обеспечивая более оперативное реагирование систем здравоохранения на пожелания граждан и их выбор с учетом знаний, накопленных работниками здравоохранения.

3. Происходящие в течение последних лет изменения в мировой экономике, состоянии окружающей среды и системах здравоохранения указывают на необходимость вновь обратиться к сравнительному анализу факторов, оказывающих воздействие на здоровье людей. С одной стороны, очевидно, что улучшение ситуации в области здравоохранения обусловлено социально-экономическим развитием, повышением уровня образования, улучшением питания и жилищных условий, а также рядом других факторов, не связанных напрямую с медицинским обслуживанием. С другой стороны, недавние исследования продемонстрировали, что эффективные службы здравоохранения оказывают более значительное влияние на конечные результаты в отношении здоровья, чем это предполагалось ранее. McKee и Nolte (2004) показали, что относительная роль систем здравоохранения в снижении смертности на определенном уровне имеет более важное значение, чем предполагалось ранее. Эти данные указывают на то, что улучшение доступа к эффективной медицинской помощи (в сочетании с другими факторами) обеспечило получение

очевидных результатов (снижение показателей общей смертности до 23% у мужчин в возрасте до 75 лет и на 32% – у женщин в странах с наивысшими показателями предотвратимой смертности, включая Ирландию, Португалию, Соединенное Королевство и Финляндию) во многих странах Европейского региона в 1980-х и 1990-х годах, в частности путем снижения смертности, связанной с заболеваниями, поддающимися лечению, в ряде возрастных групп. В другом исследовании Arah et al. (2006) установили, что показатели эффективности деятельности системы здравоохранения могут объяснять от 44% до 57% различий в ожидаемой продолжительности жизни, являющейся одним из критериев здоровья, в то время как в остальной части расхождения объясняются детерминантами здоровья немедицинского характера.

4. Роль правительств в использовании инструментов политики и имеющихся в их распоряжении средств для руководства системами здравоохранения в целях получения лучших конечных результатов в отношении здоровья была вновь подтверждена в Европейском регионе ВОЗ, несмотря на значительные различия в отношении форм организации и функционирования систем здравоохранения. Министерства здравоохранения и правительства переходят от роли управления, непосредственно связанного с предоставлением услуг, к роли стратегического контроля с использованием все большего числа стимулов и различных инструментов политики для руководства системами здравоохранения в целях улучшения показателей деятельности. О важном значении стратегического управления здоровьем и системой здравоохранения свидетельствует также опыт, накопленный другими странами в Европейском регионе и вне его (Perlin, 2006), а также примеры успешной деятельности в ряде отраслей и в области государственного управления (“новое государственное управление”). В литературе по вопросам стратегического управления в частном секторе вновь подтверждены такие принципы, как необходимость последовательного воплощения ожиданий в отношении эффективности деятельности в программы стимулирования и усиления подотчетности в организациях, развивающихся на основе стратегий (Kaplan and Norton, 2003), а также внедрения обновленных и упрощенных организационных форм (Nohria et al., 2003). Однако опыт работы как частных компаний, так и государственных систем показывает, что не существует единой концепции, которая могла бы быть применима во всех условиях и во всех областях деятельности системы здравоохранения (Khaleghian and Das Gupta, 2004; Kirby, 2005).

5. Функция стратегического управления системами здравоохранения включает способность “формулировать стратегические направления политики, обеспечивать наличие адекватных законов, нормативов и инструментов контроля за их соблюдением, а также предоставлять необходимую аналитическую информацию о деятельности систем здравоохранения для обеспечения подотчетности и прозрачности (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005а). Стратегическое управление в своей основе касается построения и управления системами здравоохранения для нахождения наиболее эффективных механизмов, обеспечивающих получение лучших результатов в отношении здоровья. Основной функцией органа, руководящего системой здравоохранения, является создание среды обитания, в которой хорошо информированные граждане имеют возможность принимать решения и брать на себя ответственность в отношении собственного состояния здоровья. Кроме того, стратегическое управление системой здравоохранения необязательно означает, что все функции стратегического управления должны осуществляться лишь министерством здравоохранения или национальным правительством. Напротив, существуют организационные структуры систем здравоохранения, при которых активную роль в выполнении функции стратегического управления играют другие участвующие стороны (органы на местах, например, на районном или областном уровне, государственные учреждения, фонды медицинского страхования, поставщики услуг, пациенты, работники здравоохранения и другие организации здравоохранения).

6. В целом, определение относительной значимости факторов, влияющих на деятельность системы здравоохранения, а также наилучших возможных путей осуществления эффективного стратегического управления представляется важной предпосылкой для улучшения конечных результатов в отношении здоровья. Известно (Preston, 1980), что положительная корреляция между ВВП и состоянием здоровья при данном уровне образования и технологий здравоохранения связана с вопросами руководства/стратегического управления. Влияние уровня благосостояния на системы здравоохранения, здоровье и обеспечение справедливости в обобщенном выражении

(в форме значительной положительной корреляции между ВВП на душу населения и ожидаемой продолжительностью жизни), как было показано, проявляется, в основном, через влияние ВВП, в частности, на уровне доходов малоимущих слоев населения, и на уровень государственных расходов, особенно на нужды здравоохранения, при этом оба аспекта тесно взаимосвязаны с вопросами руководства/стратегического управления (Anand and Ravallion, 1993). Различные конечные результаты в отношении здоровья при сопоставимом уровне доходов – включая ряд исключительных случаев отклонения от положительной корреляции между ВВП на душу населения и ожидаемой продолжительностью жизни (Sen, 1999) – также непосредственно коррелируют с социальными ценностями и управлением системой здравоохранения. Как было показано Комиссией по макроэкономике и здравоохранению, финансируемой ВОЗ (WHO, 2001), стратегическое управление включает важные экономические аспекты.

7. В этой связи 25–27 июня 2008 г. в Таллинне, Эстония, была проведена Европейская министерская конференция ВОЗ по системам здравоохранения (организованная в соответствии с резолюцией EUR/RC55/R8, принятой Европейским региональным комитетом ВОЗ в 2005 г.). В числе других вопросов, на Конференции были рассмотрены вопросы воздействия систем здравоохранения на здоровье, благополучие и благосостояние людей, принимая во внимание новейшие стратегии по улучшению деятельности систем здравоохранения. С этой точки зрения усиление стратегического управления системами здравоохранения представляется одной из важнейших задач. Целью Таллиннской хартии: системы здравоохранения для здоровья и благосостояния является усиление общеполитической поддержки и действий, признавая при этом разнообразие систем здравоохранения, а также культурных, политических и экономических условий, существующих в Регионе. Функция стратегического управления системами здравоохранения рассматривается в ней как один из основных компонентов. Настоящий документ и его обсуждение представителями государств-членов на сессии Регионального комитета предоставляет еще одну возможность рассмотреть важнейшие проблемы, с которыми сталкиваются правительства стран в управлении своими системами здравоохранения с целью улучшения их деятельности. Роль Европейского регионального бюро ВОЗ в оказании содействия государствам-членам в решении этих задач сформулирована в заявлении об основной цели его деятельности (“Оказывать помощь государствам-членам в разработке и совершенствовании их стратегий, систем и программ здравоохранения; в предотвращении и устранении опасностей для здоровья населения; в повышении готовности стран к решению будущих проблем здравоохранения; и в пропаганде и реализации мер, направленных на охрану и улучшение здоровья населения”), что также является предметом обсуждения.

8. Целями настоящего документа являются: (1) ясно сформулировать определения, роли и основополагающие ценности при осуществлении стратегического управления системами здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ; (2) предложить механизм, предназначенный для содействия проведению анализа и оценки функций стратегического управления системами здравоохранения; (3) представить некоторые из средств и инструментов стратегического управления системами здравоохранения; и (4) обсудить важнейшие задачи в области стратегического управления системами здравоохранения. В нем использован опыт работы различных стран в Европейском регионе ВОЗ и за его пределами, на основе которого предлагается план действий, связанный с Таллиннской хартией: системы здравоохранения для здоровья и благосостояния, содержащийся в прилагаемом проекте резолюции. Документ основан на рекомендациях, представленных Постоянным комитетом Регионального комитета, а также на выводах предконференционных совещаний, состоявшихся в течение предыдущих двух лет, и самой Европейской министерской конференции ВОЗ. В нем должным образом отражен вклад партнерских организаций. Документ содержит также глоссарий терминов (см. Приложение 1).

## **Понятия и определения**

9. Под системой здравоохранения обычно понимают “всю совокупность организаций, учреждений и ресурсов, предназначенных для действий, основной целью которых является укрепление, сохранение или восстановление здоровья” (ВОЗ, 2000). Системы здравоохранения стремятся к достижению определенных целей, первая из которых – это улучшение здоровья (путем достижения

как наивысшего возможного среднего уровня, так и за счет максимального сглаживания различий между отдельными лицами и группами). Среди других целей – оперативное реагирование на ожидания населения, защита от катастрофических финансовых рисков, связанных с болезнью, справедливое распределение бремени финансирования, а также повышение эффективности (WHO, 2007b). Стратегическое управление системами здравоохранения – это одна из четырех функций системы здравоохранения, сформулированных в Докладе о состоянии здравоохранения в мире, 2000 г. (ВОЗ, 2000), которая определяется как “функция правительства, несущего ответственность за благосостояние населения и стремящегося к тому, чтобы при оценке его деятельности обществом сохранялась атмосфера доверия и правомочности”. В своей основе стратегическое управление имеет отношение “к роли правительства в решении вопросов здоровья и к его взаимоотношениям с другими заинтересованными сторонами, чья деятельность оказывает влияние на здоровье” (WHO, 2007b). Оно включает в себя ряд различных элементов, формирующих основу данной функции (таких как руководство, лидерство), однако в среде специалистов различных областей высказываются противоречивые мнения относительно применения этого понятия. Кроме того, понятия стратегического управления и руководства часто смешиваются. Руководство можно определить как “применение политических, экономических и административных властных полномочий в управлении делами страны на всех уровнях” (ВОЗ, 2000). В частности, понятие руководства включает не только контекстуальные условия, в которых управляющая структура функционирует в рамках более широкого государственного сектора, но также комплекс механизмов, связанных с системой здравоохранения (например, касающихся обеспечения подотчетности и прозрачности), которые могут быть скорректированы или изменены с тем, чтобы привести действия сторон, участвующих в работе системы, в соответствие с целями системы здравоохранения. Следует отметить, что термин “stewardship” (стратегическое управление) трудно поддается переводу на другие языки: например, в немецком языке часто используется английский термин (WHO Regional Office for Europe, 2002). Таким образом, хотя понятия руководства и стратегического управления отличаются друг от друга, в области здравоохранения оба термина часто используются как синонимы.

10. Существуют различные точки зрения относительно конкретных задач, ролей и инструментов органа, осуществляющего стратегическое управление системой здравоохранения, однако, в целом, функция стратегического управления системами здравоохранения выходит за рамки лидерства и включает способность “формулировать стратегические направления политики, обеспечивать наличие адекватных законов и нормативов и инструментов контроля за их соблюдением, предоставлять необходимую аналитическую информацию о деятельности системы здравоохранения для обеспечения подотчетности и прозрачности” (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005a). Исходя из вышеизложенного, можно сформулировать следующие ключевые роли для структуры, выполняющей функцию стратегического управления системой здравоохранения: определение перспективных целей и стратегических путей для их достижения; применение аналитической информации для определения таких целей и оценки достигнутых результатов; управление системой здравоохранения так, чтобы ее деятельность базировалась на основных ценностях, принципах этики и способствовала достижению целей системы здравоохранения; мобилизация предусмотренных законом и нормативами властных полномочий для достижения целей системы здравоохранения; построение системы здравоохранения таким образом, чтобы она могла адаптироваться к изменяющимся потребностям; оказание влияния на другие отрасли, вне сектора здравоохранения, в целях поддержки мер укрепления здоровья. Важно отметить, что хотя стратегическое управление, в основном, является сферой ответственности государства, оно охватывает также частный сектор и вопросы руководства им. Таким образом, например, обеспечение всеобщего охвата является целью государственной политики, однако это *a priori* не подразумевает, что предоставление услуг и финансирование должны полностью осуществляться государством. Частные страховые компании и провайдеры могут играть важную роль в достижении этой цели в условиях обеспечения взаимосвязи между руководством и нормативным регулированием и часто действительно играют такую роль.

11. Среди других вопросов, в частности, подвергается обсуждению вопрос о том, имеются ли различия между понятиями “стратегическое управление системами здравоохранения” и “стратегическое управление охраной здоровья”, и если да, то на каком уровне правительства реализуется каждый из этих двух видов стратегического управления. Согласно одной из точек

зрения, оба понятия несут одну и ту же смысловую нагрузку: поскольку система здравоохранения – это вся совокупность ресурсов, организаций и структур, в первую очередь предназначенных для укрепления, сохранения или восстановления здоровья, то все предпринимаемые в этом отношении меры, в том числе и межсекторальные действия в отношении здоровья, по определению включены в спектр деятельности системы. Существует и несколько иная точка зрения, в соответствии с которой в сфере государственной власти существует два уровня функции стратегического управления: правительство, которое отвечает за стратегическое управление охраной здоровья в широком смысле, и министерство здравоохранения, отвечающее за деятельность системы здравоохранения в узком смысле. В этом ракурсе стратегическое управление, осуществляемое правительствами, реализуется в двух направлениях: (а) действия, нацеленные на так называемые вторичные факторы улучшения здоровья (см. рис. 1), за которые могут отвечать другие министерства (но которые могут также находиться в зоне влияния и координации со стороны министерства здравоохранения); (б) действия, направленные на третичные факторы (более широкие социально-экономические детерминанты и различные уровни социального капитала), которые обычно являются прерогативой главы правительства (премьер-министра) и правительства в целом. Многоплановой иллюстрацией значимости стратегического управления охраной здоровья, осуществляемого правительствами, является декларация, принятая представителями 27 государств – членов Европейского союза на конференции “Политика обеспечения здоровья во всем: Достижения и актуальные задачи” (Рим, 18 декабря 2007 г.), провозгласивших свою приверженность “укреплению многосекторальных подходов и процессов на европейском, национальном, региональном и местном уровнях, что позволит оптимально учитывать аспекты общественного здравоохранения в политике всех секторов”. Функция стратегического управления охраной здоровья, осуществляемая правительствами, может все в большей степени реализовываться на транснациональном уровне, благодаря лидирующей роли тех или иных стран в глобальных проблемах, связанных со здоровьем, или путем предоставления помощи другим государствам, нуждающимся в поддержке (Gostin and Archer, 2007).

12. Министерство здравоохранения осуществляет стратегическое управление системой здравоохранения, оказывая при этом влияние и на другие функции системы здравоохранения – предоставление услуг на индивидуальном и популяционном уровне, обеспечение ресурсов и финансирование. Стратегическое управление системой здравоохранения требует соблюдения должного баланса между отдельными лицами и государством (например, в отношении соблюдения прав пациентов) и включает ряд действий, например, таких как: ориентация индивидуальных услуг здравоохранения (предоставляемых на уровне первичной медико-санитарной помощи и в больницах) на повышение качества, обеспечение эффективности вмешательств и реальное улучшение здоровья; обеспечение адекватности и экономической эффективности коллективных услуг здравоохранения (санитарное просвещение, профилактика болезней и т.д.); оказание воздействия на планирование кадровых ресурсов в будущем для удовлетворения потребностей в области здравоохранения на основе этических принципов; и обеспечение наличия финансовых средств. Следует отметить, что стратегическое управление системой здравоохранения не является процессом, осуществляемым параллельно с другими функциями системы здравоохранения, а включает их в себя. Стратегическое управление системой здравоохранения включает обеспечение лидирующей роли и проведение информационно-разъяснительной работы для оказания влияния на другие государственные отрасли (финансы, торговля, транспорт, сельское хозяйство и др.) и координации деятельности с ними на центральном и региональном уровнях или на местном уровне (в случае децентрализованных систем), а также с частным сектором и другими заинтересованными сторонами с целью отражения вопросов здоровья в политике всех секторов, а также надлежащего учета социальных детерминантов здоровья (Figueras, et al., 2008). Эти усилия не должны ограничиваться эпизодическими вмешательствами, они требуют создания полноценных социальных структур, способных оказывать долгосрочное влияние на общество. Структуры, осуществляющие стратегическое управление системой здравоохранения, таким образом, должны найти должный баланс между среднесрочными результатами, необходимыми для поддержания динамики развития политической жизни, и долгосрочными мерами, необходимыми для улучшения состояния здоровья.

Рисунок 1. Стратегическое управление в отношении различных факторов, влияющих на здоровье



Источник: Адаптировано из Davies, 2001.

13. В то время как основную ответственность за обеспечение эффективного стратегического управления несет правительство страны, действуя через министерство здравоохранения, конкретные задачи в рамках этой функции могут быть распределены среди прочих действующих структур. К их числу относятся другие министерства (например, финансов, планирования), комиссии гражданской службы, комиссии по аудиту, структуры парламента, профессиональные ассоциации, омбудсмены, инспекции, страховые фонды и другие агенты, осуществляющие закупки услуг (в том числе доноры), и даже отдельные поставщики услуг здравоохранения (Travis et al., 2003). Важно также понимать, что различные организационные структуры, в которых реализуется функция стратегического управления, определяются конкретными условиями той или иной страны. Функция стратегического управления системами здравоохранения может осуществляться либо централизованно, только на национальном уровне, либо совместно на субнациональном уровне, что зависит от степени децентрализации управления страной. Однако полноценное стратегическое управление на субнациональном уровне может осуществляться только в наиболее децентрализованных системах, поскольку оно требует использования широкого набора инструментов политической власти.

14. Одним из ключевых элементов стратегического управления является обеспечение соблюдения этических принципов – например, путем формирования совместных ценностей в отношении здоровья, усиления подотчетности на системном уровне, четкого распределения ролей и сфер ответственности между различными звеньями системы здравоохранения и придания приоритетного значения защите интересов потребителей. В Европейском регионе ВОЗ это осуществляется в соответствии с Люблянской хартией, принятой в 1996 г. (Европейское региональное бюро ВОЗ, 1996), в которой были сформулированы принципы реформирования систем здравоохранения в Регионе, предусматривающие, что системы здравоохранения должны быть: (i) основаны на таких ценностях, как поддержание достоинства человека, справедливость, солидарность и профессиональная этика; (ii) нацелены на улучшение здоровья; (iii) направлены на удовлетворение нужд населения; (iv) нацелены на улучшение качества; (v) основаны на надежной системе финансирования; и (vi) ориентированы на первичную медико-санитарную помощь.

В Основах политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ (обновление 2005 г.) указано, что “в рамках всего Европейского региона определенные общие ценности играют центральную роль в процессе принятия решений по вопросам здравоохранения” (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005b). Даже несмотря на то, что эти ценности могут быть реализованы на практике в государствах-членах различными путями, они формируют прочную основу для стратегического управления системами здравоохранения, поскольку вносят вклад в формирование перспективного видения в отношении охраны здоровья в стране с учетом ее политических, экономических и социальных условий. Как определено в Основах политики достижения здоровья для всех, речь идет о таких ценностях, как солидарность в отношениях между отдельными гражданами и в рамках всего общества в целом, справедливость (в отношении как процессов, так и результатов), вовлечение пациентов и граждан в процессы принятия решений по вопросам здоровья, руководство системой здравоохранения с соблюдением этических и ценностных принципов (см. определения в Приложении 1).

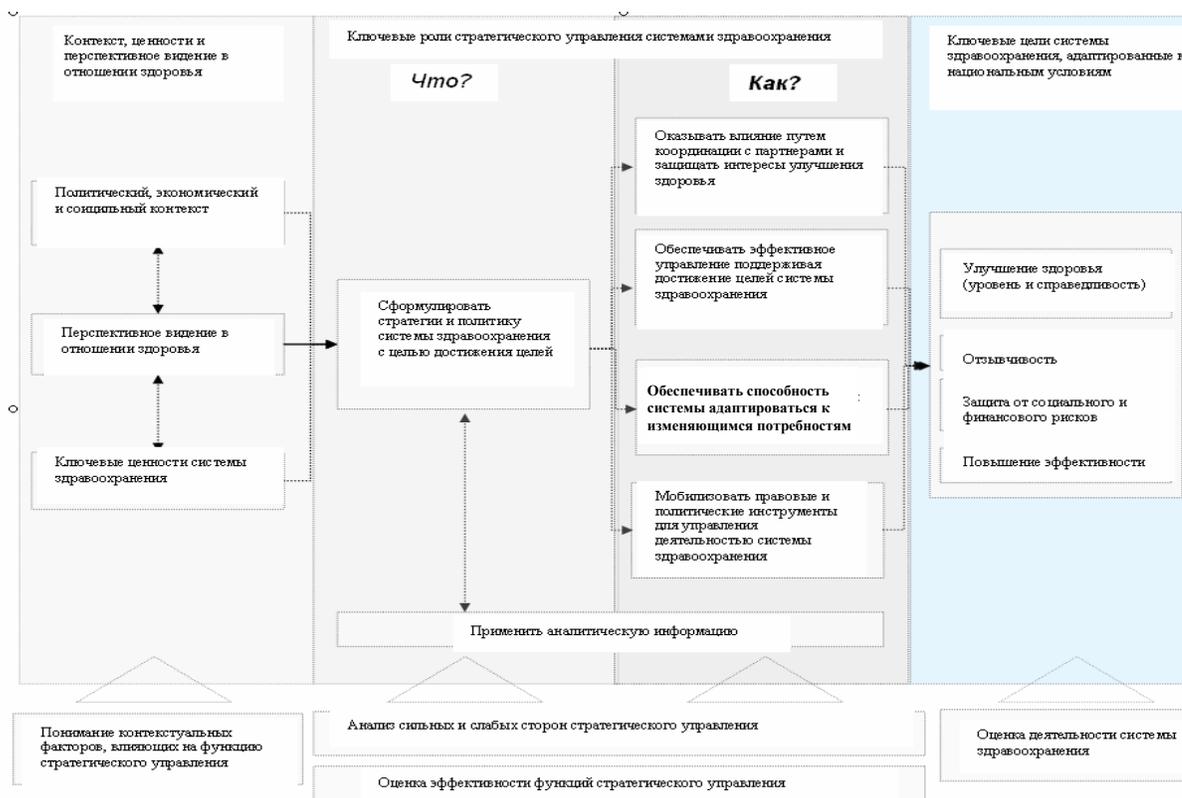
### **Стратегическое управление системами здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ: методы, инструменты и средства**

15. Как указывалось выше, стратегическое управление системами здравоохранения может иметь различную конфигурацию, в зависимости от экономических, политических и социальных условий страны, а также ключевых ценностей, заложенных в национальной культуре. Так, например, национальный культурно-исторический контекст может оказывать влияние на роль частного сектора в предоставлении услуг здравоохранения или на степень децентрализации процессов принятия решений на субнациональном уровне. Важным параметром, влияющим на то, каким образом осуществляется функция стратегического управления системой здравоохранения, является сочетание определенной структуры ценностей с комплексом политических, экономических и социальных условий. Одна из важнейших задач для структуры, отвечающей за стратегическое управление системой здравоохранения, – обеспечение соответствия между целями и задачами системы здравоохранения, ключевыми ролями стратегического управления, которое она осуществляет, и конкретными национальными условиями, в которых она функционирует. На рис. 2 приводится попытка представить такие взаимоотношения через “призму” трех вопросов, которые могут помочь лучше представить себе стратегическое управление системами здравоохранения в государствах-членах: (i) какие контекстуальные факторы помогают объяснить специфические особенности функции стратегического управления в стране; (ii) каковы ключевые роли структур, осуществляющих стратегическое управление системой здравоохранения; (iii) по каким показателям деятельности может оцениваться функция стратегического управления. Использование таких “призм” может помочь странам в анализе своих сильных и слабых сторон в отношении стратегического управления, а также в принятии решений о том, как наиболее эффективно осуществлять эту функцию для достижения целей системы здравоохранения.

16. Реализация функции стратегического управления тесным образом связана с деятельностью всей системы, поскольку конечная задача этой функции заключается в достижении целей системы здравоохранения, адаптированных к национальным условиям. Стратегическое управление заключается не только в том, чтобы создать и запустить соответствующие механизмы, но также и обеспечить то, чтобы эти механизмы оказывали практическое влияние на деятельность системы здравоохранения. Поэтому первая задача заключается в том, чтобы сформулировать стратегии и политику, направленные на выполнение целей системы. Этого можно добиться путем осуществления следующих действий: (i) определить перспективное видение в отношении здоровья; (ii) осуществлять руководство процессом разработки стратегии и скоординированной политики и устанавливать приоритеты в отношении инвестиций в здравоохранение для достижения желаемых целей (например, путем разработки всеобъемлющего национального плана охраны здоровья); (iii) определить роли государственного и частного секторов, добровольных организаций и гражданского общества. Уделение основного внимания выполнению обязательств в отношении охраны здоровья, а не просто медицинской помощи, является амбициозной и сложной задачей, так как это требует длительной кропотливой работы и объединения усилий многих

сторон, интересы которых могут не совпадать. Формулирование национальной стратегии – это одновременно и технический, и политический процесс трансформации общих целей в конкретные задачи с учетом особенностей данной страны, которые поддаются оценке, обеспечивая их согласование с политикой системы здравоохранения и принимая во внимание другие политические процессы, а также планы других министерств и местных органов власти. Очень важно обеспечить активное участие в этой работе заинтересованных сторон из соответствующих отраслей как внутри, так и вне структур правительства. Следует обращать особое внимание на взаимосвязь между экономическим развитием и здравоохранением с использованием целевых инвестиций с тем, чтобы лица, формирующие политику в обоих секторах, в полной мере понимали значимость государственной политики и принимаемых решений в отношении распределения ресурсов. Примером интеграции среднесрочных целевых показателей, относящихся к конкретным целям и задачам системы здравоохранения, с вовлечением многих заинтересованных сторон через различные каналы участия, является национальный план развития здравоохранения Португалии (2004–2010 гг.) (Portuguese Ministry of Health, 2004).

Рисунок 2. Схема стратегического управления системой здравоохранения



17. Еще одна роль структуры, осуществляющей стратегическое руководство системой здравоохранения, заключающаяся в применении аналитической информации, может быть реализована путем следующих процессов: (i) обеспечение сбора, анализа и использования высококачественной аналитической информации о достижении или недостижении целей системы здравоохранения путем проведения оценки ее деятельности; (ii) построение процессов принятия решений на основе фактических данных, включая активное использование эпидемиологических и экономических данных, а также оперативной информации о деятельности системы (Nutbeam, 2004). Помимо благоприятствующей политики, основанной на фактических данных, представляется важным, чтобы структура, осуществляющая стратегическое управление системой здравоохранения, приняла национальные протоколы и руководства по клинической практике для использования всеми работниками здравоохранения. В Российской Федерации, например, было

объявлено о разработке и принятии клинических стандартов и протоколов в качестве одного из основных приоритетов политики здравоохранения. Это делается с целью повышения экономической эффективности клинического процесса на всей территории и во всех медицинских учреждениях (Figueras, Jakubowski and Robinson, 2005). Для достижения успехов в охране здоровья также требуется, чтобы управляющая структура работала в тесном взаимодействии с соответствующими заинтересованными сторонами, что по своей сути является политическим процессом. Такой процесс требует эффективной информационно-пропагандистской деятельности, оказания влияния и использования эффективных инструментов и методов для переговоров (Mizrahi and Rosenthal, 2001), что, в свою очередь, требует наличия сотрудников, способных и желающих использовать вышеуказанную аналитическую информацию (см. вставку 1).

**Вставка 1. Укрепление институционального потенциала для анализа политики в Кыргызстане**

В 2000 г. в Кыргызстане было начато осуществление проекта ВОЗ по анализу политики здравоохранения. Его основное предназначение заключалось в оказании поддержки государственной программе реформы здравоохранения МАНАС, направленной на повышение уровня устойчивости, экономической эффективности и качества системы здравоохранения Кыргызстана. Мероприятия в рамках проекта были сгруппированы по четырем категориям: анализ политики; использование фактических данных для разработки политики; наращивание потенциала для анализа политики и ее построения на основе фактических данных; распространение полученных результатов. Наращивание потенциала по мониторингу и оценке деятельности системы здравоохранения, а также по более широким аспектам анализа политики осуществлялось по четырем направлениям. Проводились многочисленные встречи с руководителями здравоохранения высшего звена с целью представления результатов научных исследований и путей их практического применения, для того чтобы продемонстрировать их стратегическую пользу и стимулировать спрос. Одним из механизмов внедрения технических достижений и построения политического консенсуса были обсуждения за круглым столом по ключевым темам политики здравоохранения. Для информирования и вовлечения организаторов здравоохранения на уровне первичного звена и больничного сектора в решение вопросов политики здравоохранения министерством были организованы курсы повышения квалификации по управлению здравоохранением. В целях обеспечения межстранового обмена опытом для большого числа организаторов здравоохранения Кыргызстана были использованы курсы по политике здравоохранения для Центральной Азии и Кавказа, проводимые в сотрудничестве с Институтом Всемирного банка и Европейским регионом ВОЗ. Наконец, было организовано наставничество в течение шести лет для группы молодых специалистов по политике здравоохранения, с тем чтобы они смогли стать независимыми исследователями, способными предоставлять постоянную поддержку Министерству здравоохранения. Эти ключевые виды деятельности организационно закреплены путем создания Департамента стратегического планирования и осуществления реформ в рамках Министерства здравоохранения, который также взял на себя ответственность за проведение основных функций оценки деятельности системы здравоохранения, а также путем создания Центра по развитию системы здравоохранения, который является независимой общественной структурой, созданной Министерством здравоохранения в поддержку развития и внедрения политики путем расширения знаний и обучения. Оказание поддержки этим двум новым структурам будет продолжаться по крайней мере до 2010 г. (WHO, 2007b).

18. Надлежащее стратегическое управление должно также стремиться к обеспечению должного баланса правовых, нормативных и политических инструментов, необходимых для улучшения деятельности систем здравоохранения. Это означает, главным образом, следующее: (i) обеспечение надлежащего соблюдения законов и нормативных актов (равным образом всеми сторонами, участвующими в работе системы здравоохранения); (ii) достижение адекватного равновесия властных механизмов, стимулов, руководств, передового опыта и санкций и использование всех этих инструментов для направления деятельности заинтересованных сторон по выбранному пути (Figueras, Saltman and Busse, 2002); и (iii) согласование стимулов системы здравоохранения с тем, чтобы они способствовали достижению целей политики, проводимой правительством. Во многих странах Европейского региона ВОЗ применяются различные сочетания законодательных мер, нормативов и

стимулов с целью повышения качества и безопасности. Например, во Франции в 1996 г. парламентом был принят закон об обязательной аккредитации государственных и частных больниц. Были также разработаны нормативные требования по минимальному объему услуг (например, минимальные требования для больниц, уполномоченных принимать нормальные роды) или по повышению стандартов и уровня квалификации сотрудников (например, дополнительные требования к квалификации сотрудников для того, чтобы больницы были уполномочены располагать отделениями реанимации). Были разработаны стимулы (например, включение показателей качества в контракты между больницами и региональными агентствами госпитализации), разработаны профессиональные руководства и проведена оценка профессиональной практики (через Haute Autorité en Santé, HAS). Другой пример заключается в том, как правительства, министерства здравоохранения и/или фонды медицинского страхования контролируют развитие и функционирование частного сектора, а также как осуществляется выравнивание “игрового поля” для организаций частного сектора путем аккредитации, механизмов контроля качества, стимулов и т.д. Обеспечение должного баланса и набора инструментов политики, адаптированных к достижению целей политики, и обеспечение поддержки достижения этих целей с помощью стимулов в рамках системы дают министерствам здравоохранения и правительствам в целом важные рычаги для осуществления ими функций стратегического управления. Обеспечение согласованности стимулов в сложных системах здравоохранения может явиться менее сложным, но тем не менее эффективным путем достижения правительством целей политики.

19. Стратегическое управление должно также обеспечивать создание такой структуры системы здравоохранения, которая позволяет ей адаптироваться к изменяющимся потребностям, уменьшая, таким образом, число случаев дублирования и фрагментации. Это означает, например, наращивание потенциала системы в ответ на изменение потребностей здравоохранения, укрепление способности системы адаптировать стратегии с учетом меняющихся приоритетов, обеспечение соответствия между стратегией и структурой или обеспечение включения механизмов оценки в инструменты политики в целях постоянного улучшения показателей деятельности. Оценка эффективности деятельности системы здравоохранения заключается в определении сбалансированности функций, которые выполняет структура стратегического управления для решения конкретных задач политики в определенных национальных или субнациональных условиях. Важно также оценить, насколько адекватными и соизмеримыми являются осуществляемые для этого процессы. Эта задача является нелегкой, поскольку различные действия структуры, отвечающей за стратегическое управление, во многом зависят от условий, в которых она действует и от конкретного баланса целей системы здравоохранения, к достижению которых стремится страна. Ориентация функций стратегического управления на достижение лучших результатов деятельности путем улучшения конечных результатов работы системы здравоохранения может осуществляться путем включения процессов улучшения показателей деятельности в целом и механизмов обратной связи в частности в процесс проведения оценки (Smith, Mossialos and Papanicolas, 2008). Еще одним способом обеспечения адаптации системы здравоохранения к изменяющимся потребностям является постоянное изучение адекватности соответствия инвестиций в здравоохранение потребностям системы здравоохранения. Применение методов, используемых в частном секторе, таких как портфельный менеджмент, позволяет министерствам здравоохранения изучать, насколько структура инвестиций в здравоохранение оптимальна для достижения ожидаемых результатов.

20. Эффективная управляющая структура должна также обеспечивать наличие надлежащего руководства (на основе этических принципов и ценностей) и способствовать достижению целей системы здравоохранения путем следующих действий: (i) выработка общих ценностей и этических принципов в качестве основы для улучшения здоровья; (ii) обеспечение подотчетности и прозрачности всей системы, а также четкого определения ролей и обязанностей участников в рамках системы здравоохранения; (iii) обеспечение соответствия между стратегией и структурой и сокращение случаев дублирования и фрагментации; и (iv) уделение приоритетного внимания вопросам защиты интересов потребителей. Улучшение руководства системой здравоохранения может быть достигнуто, например, путем обеспечения более полного участия граждан в принятии решений. В Соединенном Королевстве в правительственном документе “Выбор в пользу здоровья” ставятся широкомасштабные вопросы о том, как в стране можно решить такие предотвратимые проблемы, как ожирение и курение. Этот документ явился основой для общенациональных консультаций, в рамках которых проводились сотни

мероприятий по всей стране с участием отдельных лиц, представителей промышленности, некоммерческих организаций и правительства. В этом документе правительство также взяло на себя обязательство учитывать вопросы охраны здоровья во всех законодательных актах в будущем, включая их в качестве одного из компонентов оценки воздействия регулирования (RIA) (WHO, 2005a; Department of Health, 2004). Повышение подотчетности и прозрачности является также важной задачей и способствует тому, чтобы поставщики услуг и агентства, действующие от имени государства, уделяли повышенное внимание улучшению результатов деятельности системы здравоохранения. Целый ряд методов, таких как контракты и стимулы, основанные на эффективности деятельности, зарекомендовали себя в качестве действенных средств, позволяющих увязывать деятельность правительственных учреждений с конкретными целями системы здравоохранения.

21. Наконец, структуры стратегического управления системами здравоохранения должны защищать интересы здоровья и оказывать свое влияние путем координации деятельности с другими партнерами с помощью следующих мер: (i) развитие сотрудничества и связей со всеми секторами правительства и с заинтересованными сторонами вне правительства в целях достижения целей системы здравоохранения; (ii) содействие другим инициативам, направленным на улучшение здоровья и воздействие на социальные детерминанты здоровья; (iii) обеспечение должного принятия во внимание вопросов здравоохранения в политике всех секторов. Многообещающими примерами координации, межсекторальных действий и информационно-разъяснительной деятельности в целях улучшения здоровья в соответствии с декларацией Европейского союза по учету интересов здоровья в политике всех секторов являются проведенные в Словении и Финляндии оценки воздействия на здоровье стратегий, осуществляемых вне сектора здравоохранения.

#### Вставка 2. Межсекторальные действия в интересах здоровья

Общепризнано, что социально-экономические факторы оказывают большое влияние на состояние здоровья. В этой связи структура, осуществляющая стратегическое руководство системой здравоохранения, должна занять лидирующую роль и обеспечить осуществление действий на межсекторальном уровне с учетом социальных детерминантов здоровья. В Швеции по инициативе сектора здравоохранения проводилось многоотраслевое исследование детерминантов здоровья при активном участии всех политических партий, общественности и других заинтересованных сторон в процессе выработки целей в области общественного здравоохранения. По итогам этой работы был принят Закон о целях общественного здравоохранения (2003 г.), который явился первой в мире формализованной стратегией здравоохранения, использующей подход с учетом детерминантов здоровья. Одиннадцать целей и поставленные на их основе конкретные и поддающиеся измерению задачи контролируются и оцениваются от имени руководящего комитета министров различных отраслей под председательством министра здравоохранения. В Соединенном Королевстве в рамках национальной политики, непосредственно касающейся вопросов справедливости в отношении здоровья, межсекторальные действия указываются в качестве одной из основных стратегий. Создание “зон действия в интересах здоровья” призвано способствовать проведению межсекторальных действий на местах с учетом социальных детерминантов здоровья. Предусмотрен также механизм контроля за обеспечением справедливости в отношении здоровья с тем, чтобы в местных планах в области здравоохранения и развития группам населения, наиболее нуждающимся в этом, уделялось приоритетное внимание. Министерство здравоохранения Словении приступило к внедрению оценки воздействия на здоровье в качестве метода, используемого при разработке политики по пищевым продуктам и сельскому хозяйству на национальном уровне в связи со вступлением в Европейский союз. Этот процесс привел к улучшению сотрудничества между секторами сельского хозяйства и здравоохранения, при этом аспекты обеспечения продовольственной безопасности стали важной частью национального плана действий по пищевым продуктам и питанию. Наконец, в Норвегии принят поэтапный подход к снижению социальных неравенств в отношении здоровья, предусматривающий на первом этапе создание соответствующего подразделения при Директорате здравоохранения и социальных дел в целях расширения знаний и усиления работы по оценке последствий для здоровья. В дальнейшем правительство представило доклад Национальной ассамблее, в котором была представлена стратегия на 10 лет, включая рекомендации для правительства и центральной администрации (Stahl et al., 2006; Bonnefoy et al., 2007; Public Health Agency of Canada, 2007).

22. Несмотря на то, что в арсенале средств стратегического управления благих намерений не меньше, чем хорошо проверенных инструментов, все же существует определенное число инструментов и методик, позволяющих реализовать эффективное стратегическое управление (например, оценка политики сектора здравоохранения и среднесрочной структуры расходов; стандартные наборы предоставляемых услуг; формулы распределения ресурсов; контракты на основе показателей деятельности и др.). Эти инструменты связаны с конкретными подфункциями стратегического управления системой здравоохранения, представленными на рис. 2. Несмотря на необходимость проведения дальнейших исследований и оценок для обеспечения эффективности применения этих инструментов в различных условиях, использование некоторых из них для улучшения стратегического управления системами здравоохранения уже сейчас представляется достаточно обоснованным. Ниже приведен ряд примеров:

- В плане стратегического развития следует вновь обратиться к проблемам стратегического и оперативного планирования с более прицельным использованием эпидемиологического и экономического анализа. В этом отношении полезными инструментами являются анализ структуры среднесрочных расходов, национальные счета здравоохранения, методики определения целевых показателей и приоритетов (например, оценка технологий здравоохранения или WHO-CHOICE<sup>1</sup>).
- С целью содействия внедрению стратегий используются рамочные законы и инструменты в сфере здравоохранения, такие как стимулирование и методика оплаты за результаты работы, которые применяются для того, чтобы привести показатели деятельности в соответствие с ожиданиями и целевыми показателями, заложенными в стратегии системы здравоохранения.
- Для поддержки межсекторального сотрудничества можно использовать такие методики, как оценка воздействия на здоровье и оценка потребностей здравоохранения (Wright et al., 1998), а также общесекторальные подходы (SWAPs) (ВОЗ, 2000).
- Для усиления подотчетности можно использовать контракты на основе результатов для поставщиков услуг или информирование поставщиков и общественности о результатах деятельности (как это, например, делается в Соединенном Королевстве).
- Граждан можно вовлекать в процесс принятия решений в сфере общественного здравоохранения путем применения инновационных механизмов, таких как согласительные конференции (Соединенное Королевство, Франция, Дания) или национальные форумы здравоохранения (Соединенное Королевство, Франция).
- Наконец, применение инновационных методик, таких как планирование по долгосрочным сценариям в Нидерландах, позволяет моделировать различные будущие сценарии для конкретных служб или всей системы здравоохранения, расширяя таким образом возможности структуры, отвечающей за стратегическое управление, прогнозировать изменения и адаптироваться к изменяющимся потребностям.

В то же время следует отметить, что ни одна из стран не способна найти решения всех проблем, касающихся эффективной реализации функции стратегического управления.

### **Оценка функции стратегического управления системой здравоохранения**

23. Более глубокое понимание ролей и навыков, необходимых для стратегического управления системами здравоохранения, может помочь правительствам в оценке эффективности реализации функции стратегического управления. Роли и сферы ответственности действующих лиц должны

---

<sup>1</sup> WHO-CHOICE: проект ВОЗ по отбору экономически эффективных мер вмешательства (Choosing Interventions that are Cost-Effective).

быть хорошо определены и должны отвечать поставленным целям, позволяя определить, обеспечена ли подотчетность и в достаточной ли мере различные заинтересованные стороны, включая пациентов и граждан, вовлечены в процессы принятия решений. Использование правовых и нормативных властных инструментов предполагает вопрос о том, какова сила закона в стране и в какой мере стимулы увязаны с достижением целей системы здравоохранения. Могут быть также подняты вопросы о структуре системы, для того чтобы определить, в какой мере система способна адаптироваться к изменяющимся потребностям. Наконец, что касается функции оказания влияния и информационно-разъяснительной деятельности, она может быть проанализирована путем изучения процессов, направленных на улучшение здоровья в различных секторах государственного управления и вне их. Методы, позволяющие структуре стратегического управления анализировать свои роли, необходимо продолжать развивать и адаптировать к различным национальным условиям и целям политики.

24. Несомненно, деятельность хорошо разработанной системы стратегического управления должна в конечном итоге приводить к удовлетворительным результатам в отношении здоровья. Одна из проблем в этом отношении – определить адекватный набор показателей деятельности, которые могли бы достоверно и правильно отражать достигнутый прогресс в реформировании системы здравоохранения (иными словами, таких показателей, которые правительство рассматривало бы в качестве свидетельствующих об эффективности деятельности) и которые поддаются воздействию. Временной интервал между осуществлением стратегических вмешательств и их воздействием на состояние здоровья населения, а также трудности причинно-следственного связывания эффекта с конкретным стратегическим вмешательством обычно являются причиной того, что правительства предпочитают использовать показатели процесса, а не результатов. Внедряются также и другие методики, например применение композитных показателей с различной взвешенностью компонентов или оценка уровня доверия к системам здравоохранения как конечная мера ее успешности; такие методики демонстрируют важное значение – а также сложность – эффективного увязывания функции стратегического управления с показателями деятельности системы здравоохранения. В целом, лицам, определяющим политику, необходимо добиться того, чтобы механизм оценки деятельности являлся неотъемлемой частью систем управления (Smith, Mossialos and Papanicolas, 2008).

25. Кроме того, сопоставительный анализ начинает давать положительные результаты, например, не только в отношении частной промышленности, но также все в большей степени в государственном секторе, и проведение такого анализа может способствовать обеспечению непрерывности процесса и обмену передовым опытом в целях улучшения показателей деятельности. Такие инициативы, как создание Комиссии по высокоэффективной системе здравоохранения в Соединенных Штатах Америки, продемонстрировали важное значение сопоставительного анализа между разными странами (включая европейские страны), а также между субфедеральными уровнями в Соединенных Штатах Америки (Commonwealth Fund Commission on a High Performance Health System, 2006; Davis, 2007; Cantor et al., 2007). Другие результаты практической деятельности могут быть получены на основе опыта работы организаций здравоохранения различного типа, а также федеральных правительств, которые приступили к использованию сбалансированной системы показателей в целях увязывания основных показателей деятельности с общей стратегией и оценки общей эффективности организационной структуры (Zelman, Pink and Matthias, 2003). В Нидерландах структура деятельности ОЭСР использовалась для оценки общих показателей качества медицинской помощи, которые могут быть использованы любым участником системы для оценки эффективности ее деятельности (Tawfik-Shukor, Klazinga and Arah, 2007).

Вставка 3. Сопоставительный анализ для повышения эффективности деятельности системы здравоохранения: пример Фонда содружества в Соединенных Штатах Америки

Фонд содружества является частным фондом, целью которого является повышение эффективности системы здравоохранения в США путем поддержки независимых научных исследований по вопросам медицинской помощи, а также путем стимулирования инновационных стратегий и практической деятельности в США и других индустриально развитых странах. В 2005 г. им была создана Комиссия по высокоэффективной системе здравоохранения, в состав которой входят группы экспертов и представители всех секторов здравоохранения, профессиональных обществ, делового сектора, учебных заведений, а также федерального правительства и правительства штатов.

Комиссия провела анализ примеров передового опыта из нескольких стран и пришла к выводу на основе результатов практической деятельности о том, что система США может обеспечить всеобщий охват и лучшие результаты в отношении здоровья при значительном снижении затрат на душу населения. Проведение сопоставительного анализа с целым рядом европейских стран показало, что с точки зрения удовлетворенности общества системой здравоохранения, показатели в Дании выше, чем в других европейских странах. Дания также отнесена к числу стран с наилучшими показателями первичной медико-санитарной помощи (на основе таких показателей, как высокий уровень доступности первого обращения за медицинской помощью, длительная помощь, ориентированная на пациента, всеобъемлющий пакет услуг и координация деятельности служб при необходимости предоставления услуг не по месту жительства); при этом затраты на медицинскую помощь остаются ниже, чем во многих других странах. Германия является лидером в сопоставительном анализе качества стационарной помощи в странах, при этом информация о качестве работы всех немецких больниц основана на более чем 300 показателях качества. Нидерланды и Соединенное Королевство лидируют в области обеспечения прозрачности отчетных данных о качестве (Davis, 2007). Комиссия также проводила сопоставительный анализ между различными штатами США. После составления карты сбалансированных показателей на национальном уровне в отношении деятельности системы здравоохранения США в 2006 г. Комиссия проанализировала расхождения между штатами по пяти основным показателям деятельности системы здравоохранения (доступность, качество, использование стационарной помощи и затраты на нее, которых можно было бы избежать, справедливость и здоровый образ жизни) в сопоставлении с оценочной картой по штатам (Commonwealth Fund Commission on a High Performance Health System, 2006). Были проведены расчеты общего рейтинга и ранговой оценки по каждому показателю, в результате чего были предложены конкретные практические меры для лиц, определяющих политику. Результаты, которые открыты для всеобщего ознакомления, призваны помочь штатам выявить имеющиеся возможности для более полного удовлетворения потребностей населения в области здравоохранения и изучения опыта работы в штатах с наилучшими показателями (Cantor et al., 2007).

26. Советы управления частных компаний обычно применяют показатели деятельности для оценки успешности выполнения своей функции управления или для сравнения с успешно действующими советами управления в других отраслях. Такая практика могла бы быть полезна для структур стратегического управления системами здравоохранения, которые могли бы разработать показатели для оценки эффективности своей деятельности и сравнивать их с другими структурами стратегического управления, стремящимися к достижению сопоставимых целей систем здравоохранения, или даже с другими более сложными организациями. Хотя в сфере здравоохранения эта практика используется редко, она могла бы помочь в развитии преимущества и распространении успешной практики в целях улучшения деятельности. В этом отношении интересная попытка была предпринята в Региональном бюро ВОЗ для стран Восточного Средиземноморья (2008), где была разработана методологическая основа для оценки стратегического управления в сфере здравоохранения. Эта аналитическая схема включает следующие принципы стратегического управления, которые были заимствованы из Программы развития ООН и адаптированы к условиям здравоохранения: перспективное видение; участие и

ориентирование на достижение консенсуса; верховенство закона; прозрачность; отзывчивость; социальная справедливость и отсутствие дискриминации; эффективность, в том числе экономическая; подотчетность; данные и аналитическая информация; этика (см. более подробно в Приложении 2). По каждому принципу применяются три уровня оценки (национальный; формулирование политики здравоохранения; осуществление политики), при этом используется перечень общих и более конкретных вопросов. Данная принципиальная структурная схема была подвергнута коллегиальной оценке и затем применена в девяти странах региона Восточного Средиземноморья, которые смогли таким образом выявить сильные и слабые стороны в своих системах стратегического управления/руководства системами здравоохранения.

## **Важнейшие проблемы и приоритеты в области стратегического управления системами здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ**

27. Государства – члены Европейского региона ВОЗ стремятся создать или привести свои системы здравоохранения в соответствие со своими ценностями и социально-политическими условиями. Несмотря на имеющиеся различия, все страны стараются, насколько это возможно с учетом имеющихся средств, отразить в них свои основополагающие общие ценности для достижения целей систем здравоохранения: улучшение общего состояния здоровья населения и обеспечение справедливости в отношении результатов медицинской помощи; усиление защиты от финансовых рисков при получении медицинской помощи; более справедливое распределение бремени финансирования системы; и повышение оперативности реагирования. Для этого им необходимо обеспечить стратегическую направленность систем здравоохранения на решение проблем здравоохранения и их детерминанты; предоставлять аналитическую информацию об экономической эффективности имеющихся мер вмешательства в поддержку принятия решений по вопросам политики; способствовать проведению “политики оздоровления населения” во всех аспектах работы правительства в целях максимального улучшения показателей здоровья; и регулировать взаимоотношения между всеми сторонами, участвующими в деле охраны здоровья населения, с соблюдением прозрачности и подотчетности. Некоторые государства – члены Европейского региона ВОЗ, однако, столкнулись с трудностями в процессе адаптации своих подходов и структур к современным принципам организации функции стратегического управления системами здравоохранения. Имеются четыре возможные причины этого: (i) относительно короткие средние сроки пребывания министров здравоохранения на своем посту (по сравнению с временным интервалом между осуществлением стратегического вмешательства и получением эффекта в отношении здоровья); (ii) недостаточно четкая структура для согласованной реализации функции стратегического управления в сочетании с политическим давлением в сторону решения сиюминутных краткосрочных задач в ущерб средне- и долгосрочным действиям по улучшению здоровья; (iii) проблемы, связанные с необходимостью изменения сотрудниками министерств здравоохранения своих профессиональных навыков и квалификации в целях выполнения задач стратегического управления (в противоположность традиционному администрированию), особенно в тех случаях, когда министерство здравоохранения продолжает играть значительную роль в непосредственном управлении и предоставлении услуг здравоохранения; и (iv) дефицит достоверной и надежной информации о деятельности системы и фактических данных в поддержку принятия решений.

28. Глобальные приоритеты ВОЗ в отношении стратегического управления (WHO, 2007b) заключаются в оказании поддержки государствам-членам в следующих областях: (i) разработка политики и принципиальных схем деятельности сектора здравоохранения, которые будут соответствовать более широким национальным стратегиям развития и схемам использования ресурсов; (ii) разработка, внедрение и осуществление мониторинга за соблюдением законов, нормативов и стандартов в отношении здоровья, способствующих достижению четко определенных целей системы здравоохранения; (iii) содействие повышению уровня подотчетности в рамках системы здравоохранения путем проведения оценки деятельности системы здравоохранения и оценки существующих механизмов подотчетности; (iv) сбор и интерпретация аналитической информации и проведение научных исследований по вариантам политики, (v) развитие партнерских

связей между различными министерствами в составе правительства, с частным сектором и с местными сообществами в целях воздействия на основные детерминанты здоровья и обеспечения надлежащего учета потребностей в отношении здоровья наиболее уязвимых групп населения, (vi) сотрудничество с внешними партнерами и заинтересованными сторонами, добиваясь повышения уровня гармонизации и согласованности с национальной политикой здравоохранения. В то же время различные функции системы здравоохранения тесно взаимосвязаны и для того, чтобы улучшить ее деятельность, необходимо использовать комплексный подход, включающий согласованные воздействия на все звенья системы. Действия в рамках только одной функции вряд ли могут привести к значительному прогрессу или желаемым результатам.

## **Роль Европейского регионального бюро ВОЗ**

29. В целях решения вышеуказанных задач и проблем и в соответствии со своей миссией Европейское региональное бюро ВОЗ будет продолжать оказывать помощь государствам-членам в разработке и совершенствовании их стратегий, систем и программ здравоохранения путем установления приоритетных направлений действий в целях усиления стратегического управления системами здравоохранения в государствах-членах. Региональное бюро продолжит выполнять свои нормативные и технические функции, работая в партнерстве со многими организациями, включая Всемирный банк, Детский фонд Организации Объединенных Наций, Международную организацию по миграции, Глобальный фонд борьбы против СПИДа, туберкулеза и малярии, Совет Европы, Европейскую комиссию и соответствующие учреждения, а также Европейский инвестиционный банк. Эта работа будет, в частности, основываться на положениях Хартии по системам здравоохранения, подписанной на Конференции “Системы здравоохранения, здоровье и благосостояние” в Таллинне. Будут также взяты на вооружение материалы по темам, определенным государствами-членами и разработанным в двух книгах, девяти кратких аналитических обзорах и трех информационных документах, подготовленных специально для Конференции и обсужденных в ходе четырех подготовительных мероприятий: Брюссель, Бельгия, март 2007 г. (оценка деятельности систем здравоохранения); Белград, Сербия, сентябрь 2007 г. (направления политики по кадровым ресурсам здравоохранения); Блед, Словения, ноябрь 2007 г. (улучшение деятельности служб оказания медицинской помощи); и Рим, Италия, апрель 2008 г. (стратегическое управление системами здравоохранения).

## **Проект резолюции**

30. Европейское региональное бюро ВОЗ будет оказывать поддержку государствам-членам в расширении их роли и повышении компетентности в отношении стратегического управления, включая разработку инструментов и принципиальных схем деятельности. Приоритетные задачи указаны в проекте резолюции, приложенной к данному документу. Основные вопросы, содержащиеся в проекте резолюции, подготовлены по итогам обсуждений на предконференционном совещании по вопросам стратегического управления системами здравоохранения и на самой Министерской конференции, с учетом положений Хартии, подписанной на Министерской конференции, а также обсуждений, которые состоятся на пятьдесят восьмой сессии Регионального комитета.

## Приложение 1

### Глоссарий терминов

**Доступность, доступ (Access)** – показатель, характеризующий степень, в которой население имеет возможность пользоваться необходимыми услугами здравоохранения. Он отражает наличие (или отсутствие) экономических, физических, культурных или других препятствий, с которыми люди могут сталкиваться в процессе пользования услугами здравоохранения.

**Подотчетность (Accountability)** – процесс, в соответствии с которым как руководители, так и организаторы несут ответственность за выполнение возложенных на них обязанностей. Он включает оценку той степени, в которой действия организации способствуют достижению желаемых и измеряемых результатов. (Sinclair, Rochon and Leatt, 2005).

**(Социальная) справедливость (Equity)** – справедливое распределение ресурсов или результатов лечения между отдельными лицами или группами. Обычно различают так называемую горизонтальную и вертикальную справедливость. Горизонтальная справедливость относится к соблюдению принципа “равное удовлетворение равных потребностей”. Так, например, горизонтальная справедливость в отношении доступности медицинских услуг означает равную доступность для всех граждан вне зависимости от таких факторов, как место жительства, этническая принадлежность или возраст. Вертикальная справедливость касается той степени, в какой к лицам с разными отличительными особенностями следует относиться по-разному. Так, например, финансирование здравоохранения с использованием системы социального страхования здоровья может предусматривать, чтобы лица с более высоким уровнем доходов выплачивали более высокие страховые взносы, чем лица с меньшим доходом.

**Эффективность (Efficiency)** – относится к получению максимально возможной отдачи от вложенных ресурсов (или к использованию минимальных ресурсов для получения определенного результата). Различают аллокативную и техническую эффективность. Аллокативная эффективность означает распределение ресурсов таким образом, чтобы обеспечить максимально возможный суммарный положительный результат. Техническая эффективность (также обозначаемая термином “продуктивная эффективность”, “эффективность производства”) означает получение максимально возможных устойчивых результатов от данной совокупности вложенных ресурсов.

**Руководство (Governance)** – применение политических, экономических и административных властных полномочий в управлении делами страны на всех уровнях (ВОЗ, 2000). В сфере здравоохранения этот термин нередко используют в качестве синонима понятия “стратегическое управление” (stewardship) особенно при возникновении трудностей в трактовке понятия и его переводе.

**Оценка воздействия на здоровье (Health Impact Assessment)** – сочетание процедур, методов и инструментов, применение которых по отношению к политике, программе или проекту позволяет судить об их потенциальных эффектах в отношении здоровья населения и распределении этих эффектов среди населения (European Centre for Health Policy, 1999).

**Стратегическое управление (Stewardship)** – относится “к роли правительства в сфере охраны здоровья и в отношении других структур, чья деятельность оказывает влияние на здоровье” (WHO, 2007b). *Стратегическое управление системами здравоохранения* часто трактуют как способность формулировать стратегические направления политики, обеспечивать наличие адекватных законов и норм и инструментов контроля за их соблюдением, а также предоставлять необходимую аналитическую информацию о деятельности системы здравоохранения в целях обеспечения подотчетности и прозрачности (ВОЗ 2000, WHO 2007b, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005a). Некоторые эксперты выделяют в качестве отдельного понятия более общую

концепцию *стратегического управления в сфере охраны здоровья (health stewardship)*, относящуюся к воздействию на вторичные факторы, способствующие укреплению здоровья (такие как образование), или на третичные факторы (более широкие социально-экономические детерминанты). Стратегическое управление охраной здоровья является сферой ответственности правительств в целом, однако в эту деятельность, в основном, вовлечены министерства здравоохранения.

**Устойчивость (Sustainability)** – способность системы поддерживать нормальный уровень своей деятельности в достаточно продолжительной перспективе. Обычно различают финансовую и институциональную устойчивость. Финансовая устойчивость – это способность системы здравоохранения поддерживать адекватный уровень финансирования, позволяющий ей продолжать выполнение своих функций. Институциональная устойчивость относится к потенциалу системы, при условии адекватного финансирования, формировать и управлять необходимыми нефинансовыми ресурсами в целях успешного выполнения своих обычных функций в длительной перспективе.

Приложение 2

**Принципы оценки функции руководства  
(стратегического управления) системой здравоохранения  
(Региональное бюро ВОЗ для стран Восточного Средиземноморья, 2008 г.)**

<b>Принципы руководства</b>	<b>Пояснение</b>
<b>Перспективное видение</b>	Руководители обладают широким долгосрочным перспективным видением в отношении здоровья и социального развития, а также представляют себе стратегические направления такого развития. Имеется глубокое понимание исторических, культурных и социальных закономерностей, на которых базируется данное перспективное видение.
<b>Ориентация на участие и консенсус</b>	Все мужчины и женщины должны обладать правом голоса в принятии решений о здоровье – либо непосредственно, либо через промежуточные структуры, наделенные законными полномочиями представлять их интересы. Такое широкое участие строится на основе свободы создания общественных ассоциаций и свободы голоса, а также на имеющемся потенциале и навыках конструктивного участия. Рациональное руководство системой здравоохранения предполагает достижение баланса различных интересов с целью построения широкого консенсуса относительно того, что представляет наилучшие интересы той или иной группы и, по мере возможности, относительно политики и механизмов здравоохранения.
<b>Верховенство закона</b>	Законодательство по вопросам здоровья должно носить справедливый характер и соблюдаться без предубеждений, особенно там, где речь идет о правах человека в отношении здоровья.
<b>Прозрачность</b>	Принцип прозрачности предполагает свободный обмен информацией в отношении всех вопросов здоровья. Должен быть обеспечен прямой доступ к процессам, учреждениям и информации для всех, кто имеет к ним отношение, и объем предоставляемых сведений должен быть достаточен для того, чтобы можно было понять и осуществлять мониторинг вопросов, связанных со здоровьем.
<b>Отзывчивость</b>	Деятельность организаций и все процессы должны быть нацелены на всемерное удовлетворение связанных и не связанных со здоровьем потребностей пользователей услугами здравоохранения.
<b>Социальная справедливость и отсутствие дискриминации</b>	Все мужчины и женщины должны иметь полную возможность для улучшения и поддержания своего здоровья и благополучия.
<b>Действенность и эффективность</b>	Процессы и учреждения должны достигать результатов, которые удовлетворяют потребности населения и влияют на результаты в отношении здоровья при условии оптимального использования ресурсов.

<b>Принципы руководства</b>	<b>Пояснение</b>
<b>Подотчетность</b>	Руководители на уровне правительства, частного сектора и организаций гражданского общества, вовлеченные в решение вопросов здоровья, подотчетны как обществу, так и институциональным заинтересованным сторонам. Характер этой подотчетности может быть различен в зависимости от организаций и от того, является ли то или иное принимаемое решение внутренним или внешним по отношению к организации.
<b>Аналитическая информация</b>	Наличие аналитической информации имеет ключевое значение для глубокого понимания системы здравоохранения. Она предоставляет фактические данные для принятия решений, влияющих на поведение различных заинтересованных групп, которое должно поддерживать или по крайней мере не находиться в конфликте со стратегическим видением в отношении здоровья.
<b>Этика</b>	Общепринятые принципы этики в вопросах здоровья и здравоохранения включают соблюдение автономности, ненанесение вреда, принесение пользы и справедливость. Этика здравоохранения, которая включает и этику научно-исследовательской деятельности в области здравоохранения, важна для защиты интересов и прав пациентов.

---

## Библиография

- Anand S and Ravallion M (1993). Human development in poor countries: on the role of private incomes and public services. *Journal of Economic Perspectives*, 7:133–150.
- Arah OA et al. (2006). Conceptual framework for the OECD health care quality indicators project. *International Journal for Quality in Health Care*, 18:5–13.
- Bonnefoy J et al. (2007). *Constructing the evidence base on the social determinants of health: A guide*. Geneva, Partnership for Maternal, Newborn and Child Health Secretariat (<http://www.who.int/pmnch/topics/socialdeterminantsguide/en/index.html>, accessed 15 July 2008).
- Cantor JC et al. (2007). *Aiming higher: Results from a state scorecard on health system performance*. New York, The Commonwealth Fund Commission on a High Performance Health System ([http://www.commonwealthfund.org/publications/publications\\_show.htm?doc\\_id=494551](http://www.commonwealthfund.org/publications/publications_show.htm?doc_id=494551), accessed 15 July 2008).
- Commonwealth Fund Commission on a High Performance Health System (2006). *Why not the best? Results from a national scorecard on U.S. health system performance*. New York, The Commonwealth Fund ([http://www.commonwealthfund.org/publications/publications\\_show.htm?doc\\_id=401577](http://www.commonwealthfund.org/publications/publications_show.htm?doc_id=401577), accessed 15 July 2008).
- Davis K (2007). *Learning from high performance health systems around the globe*. New York, The Commonwealth Fund ([http://www.commonwealthfund.org/publications/publications\\_show.htm?doc\\_id=441618](http://www.commonwealthfund.org/publications/publications_show.htm?doc_id=441618), accessed 15 July 2008).
- Davies P (2001). “Stewardship: what is it and how can we measure it?”. Presentation to meeting on Health economics in developing and transitional countries: the changing role of the state, Department for International Development, York, United Kingdom, 26 July 2001.
- Department of Health (2004). *Choosing health making healthy choices easier*. London, The Stationery Office.
- European Centre for Health Policy (1999). Health Impact Assessment: Main concepts and suggested approach. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe ([www.euro.who.int/document/PAE/Gothenburgpaper.pdf](http://www.euro.who.int/document/PAE/Gothenburgpaper.pdf), accessed 15 July 2008).
- European Commission (1998). *Citizens and health systems: main results from a Eurobarometer survey*. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities.
- Figueras J, Saltman R, Busse R, eds. (2002). *Regulating entrepreneurial behaviour in the health sector*. Buckingham, Open University Press.
- Figueras J, Jakubowski E, Robinson R, eds. (2005). *Purchasing to improve health systems performance*. Maidenhead, Open University Press.
- Figueras J, et al. (2008). *Health systems, health and wealth: Assessing the case for investing in health systems*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Gostin L, Archer R (2007). Gostin L, Archer R. The duty of states to assist other states in need: Ethics, human rights, and international law. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 35, Winter.
- Kaplan RS, Norton DP (2003). *Strategy maps: Converting intangible assets into tangible outcomes*. Boston, MA, Harvard Business School Press.

- Khaleghian P, Das Gupta M (2004). *Public management and the essential public health functions*. Washington DC, World Bank (<http://go.worldbank.org/NR559H5L00>, accessed 15 July 2008).
- Kirby J (2005). Towards a theory of high performance. *Harvard Business Review*, 83(7):30–39,190.
- McKee M, Nolte E (2004). *Does health care save lives? Avoidable mortality revisited*. London, Nuffield Trust.
- Mizrahi T, Rosenthal B (2001). Complexities of coalition building: Leaders' successes, strategies, struggles, and solutions. *Social Work*, 46(1), 63–78.
- Nohria N. et al. (2003). What really works. *Harvard Business Review*, 81(7):42–52, 116.
- Nutbeam D (2004). Getting evidence into policy and practice to address health inequalities. *Health Promotion International*, 19:137–140.
- Perlin JB (2006). Transformation of the US veterans health administration. *Health Economics, Policy and Law*, 1:99–105.
- Portuguese Ministry of Health (2004). *National Health Plan 2004-2010: Volume I – Priorities*. Lisbon, Ministry of Health ([www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006666.pdf](http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006666.pdf), accessed 15 July 2008).
- Preston S (1980). Causes and consequences of mortality declines in less developed countries in the twentieth century. Easterlin RA, ed. *Population and economic change in developing countries*. Chicago, IL, University of Chicago Press.
- Public Health Agency of Canada (2007). *Crossing sectors – Experiences in intersectoral action, public policy and health*. Ottawa, Ministry of Health, ([http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2007/cro-sec/index\\_e.html](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2007/cro-sec/index_e.html), accessed 15 July 2008).
- Sen A (1999). *Development as freedom*, Oxford, Oxford University Press.
- Sinclair D, Rochon M, Leatt P (2005). *Riding the Third Rail; The Story of Ontario's Health Services Restructuring Commission 1996–2000*. Montreal, Institute for Research on Public Policy.
- Smith P, Mossialos E, Papanicolas I (2008). *Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Suhrcke M et al. (2008). *The economic costs of ill health in the European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Stahl T et al. (2006). *Health in all policies: Prospects and potentials*. Finland, Ministry of Social Affairs and Health.
- Tawfik-Shukor A, Klazinga NS, Arah OA (2007). Comparing health system performance assessment and management approaches in the Netherlands and Ontario, Canada. *BMC Health Service Research*, 7:25.
- Travis P et al. (2003). Towards better stewardship: Concepts and critical issues. In: Murray CJL, and Evans DB, eds. *Health systems performance assessment. Debates, methods and empiricism*. Geneva, World Health Organization.
- WHO (2001), *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*. Geneva, World Health Organization.

WHO (2007b). *Everybody's business. Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. Geneva, World Health Organization.

WHO Regional Office for Europe (2002). *Der europäische Gesundheitsbericht 2002*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean (2008). *Health system governance for improving health system performance: Report of a WHO global consultation*. Cairo, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean (document WHO-EM/PHP/043E).

Wright J et al. (1998). *Health needs assessment in practice*. London, BMJ Books.

Zelman WN, Pink GH, Matthias CB (2003). Use of the balanced scorecard in healthcare. *Journal of Healthcare Finance*, 29:4.

Европейское региональное бюро ВОЗ (1996). *Люблянская хартия по реформированию здравоохранения*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ.

Европейское региональное бюро ВОЗ (2005а). *Усовершенствованные системы здравоохранения спасают жизни: Основы Европейской стратегии ВОЗ по развитию систем здравоохранения*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ.

Европейское региональное бюро ВОЗ (2005b). *Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ: обновление 2005 г.* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ.

Европейское региональное бюро ВОЗ (2007). Европейская база данных “Здоровье для всех” [база данных в онлайн-режиме]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (<http://data.euro.who.int/hfad/index.php?lang=ru>, по состоянию на 14.07.08).

ВОЗ (2000). *Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2000 г. Системы здравоохранения: улучшение деятельности*. Женева, Всемирная организация здравоохранения.

ВОЗ (2007а). *Основные документы, 46-е издание*. Женева, Всемирная организация здравоохранения.