



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Juan Tello

Erica Barbazza

Предоставление услуг здравоохранения: изложение концепции

РАБОЧИЙ ДОКУМЕНТ



**Всемирная организация
здравоохранения**

Европейское региональное бюро

Предоставление услуг здравоохранения: изложение концепции

Рабочий документ
Октябрь 2015 г.

Juan Tello и Erica Barbazza

Программа «Предоставление услуг
здравоохранения»
Европейское региональное бюро ВОЗ

АННОТАЦИЯ

Для ускоренного улучшения показателей здоровья населения сфера предоставления медицинских услуг должна непрерывно адаптироваться и развиваться в соответствии с меняющимися условиями (ландшафтом) здравоохранения. В настоящее время необходимость преобразований приобрела императивное значение. Однако, несмотря на растущее внимание к вопросам реформы предоставления услуг здравоохранения, по-прежнему отсутствует консенсус в отношении основных концепций и принципов, лежащих в основе данной системной функции. Авторы настоящего документа поставили своей целью провести инвентаризацию литературных данных о предоставлении услуг здравоохранения, а также обзор непосредственного опыта стран, полагая, что ясные представления о параметрах деятельности, процессах и системной динамики функции предоставления услуг являются непременным условием успешного развертывания, наращивания и долгосрочной устойчивости реформ. Применяя смешанные методы анализа, авторы изучили фактические данные о существующих схемах и инструментах оценки предоставления услуг, примеры из практики стран, а также результаты экспертных исследований, проведенных по поручению ВОЗ, в целях поиска ответов на следующие три вопроса: «Каковы итоговые показатели функции предоставления услуг здравоохранения?», «Как определить функцию предоставления услуг здравоохранения?», «Каким образом остальные функции системы здравоохранения обеспечивают условия для предоставления услуг?»

Ключевые слова

DELIVERY OF HEALTH CARE
DELIVERY OF HEALTH CARE, INTEGRATED
HEALTH SERVICES
HEALTHCARE SYSTEMS
EUROPE

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:

Publications
WHO Regional Office for Europe
UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро: <http://www.euro.who.int/pubrequest?language=Russian>.

© Всемирная организация здравоохранения, 2016 г.

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полное согласие пока не достигнуто.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

Содержание

Рисунки	iv
Таблицы	iv
Вставки	iv
Сокращения	v
Благодарности	vi
Предисловие.	vii
Что представляет собой данный документ	1
Предназначение и обоснование	3
Методика и источники фактических данных	4
Обзор разделов	5
Раздел первый. Итоговые показатели для оценки деятельности в сфере услуг здравоохранения	7
Комплексность	8
Координация.	9
Ориентированность на человека	10
Эффективность	11
Итоговые показатели деятельности системы здравоохранения.	12
Раздел второй. Процессы предоставления услуг здравоохранения	14
Характеристики предоставления услуг здравоохранения: услуги, условия, поставщики, уровни и действующие субъекты	15
Процессы предоставления услуг здравоохранения	18
Отбор услуг	18
Разработка услуг	23
Организация поставщиков	27
Руководство оказанием услуг	30
Улучшение показателей деятельности	34
Раздел третий. Факторы системы здравоохранения, создающие необходимые условия для предоставления услуг	38
Руководство	41
Финансирование	43
Ресурсное обеспечение	47
Кадровые ресурсы здравоохранения	47
Лекарства	49
Технологии здравоохранения.	50
Информационные системы.	52
Заключительные замечания	56
Приложение 1. Проанализированные рамочные основы, инструменты и стратегии	58
Глоссарий основных терминов.	60
Библиография.	62

Рисунки

	Стр.
Рисунок 1.1 Причинно-следственная цепь в предоставлении услуг здравоохранения: итоговые показатели предоставления услуг	8
Рисунок 1.2 Причинно-следственная цепь в предоставлении услуг здравоохранения: итоговые показатели деятельности системы здравоохранения	12
Рисунок 3.1 Детерминанты предоставления услуг здравоохранения	38

Таблицы

	Стр.
Таблица 1.1 Примеры параметров для оценки комплексности предоставления услуг здравоохранения	9
Таблица 1.2 Примеры параметров для оценки уровня координации в предоставлении услуг здравоохранения	10
Таблица 1.3 Примеры параметров для оценки ориентированности предоставляемых услуг на человека	11
Таблица 1.4 Примеры параметров для оценки эффективности предоставляемых услуг	11
Таблица 1.5 Примеры параметров для оценки качества предоставляемых услуг	13
Таблица 1.6 Примеры параметров для оценки затратоэффективности предоставляемых услуг	13
Таблица 1.7 Примеры параметров для оценки доступа к услугам	13
Таблица 2.1 Обзор процессов предоставления услуг здравоохранения	14
Таблица 2.2 Предоставление услуг здравоохранения: услуги, условия и поставщики	16
Таблица 2.3 Примеры действующих субъектов на разных уровнях предоставления услуг	17
Таблица 2.4 Роль макро-, мезо- и микроуровней услуг в процессах ПУЗ	18
Таблица 2.5 Примеры параметров, используемых для отбора услуг	20
Таблица 2.6 Примеры параметров, используемых при разработке услуг	23
Таблица 2.7 Примеры параметров, используемых для оценки организации поставщиков	28
Таблица 2.8 Примеры параметров, используемых для оценки руководства оказанием услуг	31
Таблица 2.9 Примеры параметров, используемых для оценки механизмов улучшения показателей деятельности	35
Таблица 3.1 Другие функции системы здравоохранения: процессы и ресурсы, обеспечивающие предоставление услуг	40
Таблица 3.2 Оплата работы поставщиков: стимулы для предоставления услуг	46

Вставки

	Стр.
Вставка 2.1 Стратификация населения для борьбы с хроническими заболеваниями в Стране Басков	21
Вставка 2.2 Комплексные центры укрепления здоровья и профилактики хронических заболеваний в Норвегии	22
Вставка 2.3 Интегрированное ведение болезней детского возраста: внедрение руководства в Республике Молдова	25
Вставка 2.4 Работа общинных медицинских сестер в Ирландии в целях обеспечения ранней выписки из стационаров после острых заболеваний	27
Вставка 2.5 Создание центров медицинской помощи на дому в Болгарии в целях улучшения доступа к медицинскому обслуживанию по месту жительства	29
Вставка 2.6 Сочетание дисциплин в развитии услуг охраны психического здоровья в Кипре	31
Вставка 2.7 Координированное распределение ресурсов в восточном регионе Литвы в целях улучшения кардиологических услуг	33
Вставка 2.8 Многопрофильная медицинская практика: совместные целевые ориентиры и задачи групповой деятельности во Франции	34
Вставка 2.9 Дистанционное обучение медицинских работников в Хорватии	36
Вставка 2.10 Коллегиальная оценка услуг здравоохранения в Турции	37
Вставка 3.1 Создание правовой основы для участия пациентов в принятии решений в Словении	43
Вставка 3.2 Пилотный проект по распоряжению бюджетом первичной помощи в целях координации услуг в Венгрии	46
Вставка 3.3 Новая специализация по паллиативной помощи в Сербии	49
Вставка 3.4 Решение проблемы поздней диагностики и лечения рака в Черногории с помощью методов мобильного здравоохранения	54

Сокращения

ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ИКТ	информационно-коммуникационные технологии
НИЗ	неинфекционные заболевания
НИОКР	научно-исследовательские и опытно-конструкторские разработки
ОЭСР	Организация экономического сотрудничества и развития
ПМСП	первичная медико-санитарная помощь
ПУЗ	предоставление услуг здравоохранения
ТБ	туберкулез

Благодарности

Настоящий документ подготовили сотрудники Европейского регионального бюро ВОЗ Juan Tello и Erica Barbazza. В нем отражены концепции, лежащие в основе деятельности программы «Предоставление услуг здравоохранения» и ее удаленного офиса – Центра первичной медико-санитарной помощи в Алматы, Казахстан. Вышеупомянутая программа представляет собой техническое подразделение Отдела систем здравоохранения и охраны общественного здоровья, руководителем которого является Hans Kluge.

Авторы приносят искренние благодарности за внесенный вклад в подготовку соответствующих подразделов следующим экспертам: Rifat Atun и Guilherme Trivellato (Гарвардская школа общественного здравоохранения, Соединенные Штаты Америки) – процессы предоставления услуг здравоохранения; Liesbeth Borgermans (Брюссельский свободный университет, Бельгия) и Margrieta Langins (Европейское региональное бюро ВОЗ) – компетенции кадров здравоохранения; Fern Greenwell (Компания «Агапеа Гарнье», Франция) – итоговые показатели предоставления услуг здравоохранения; Ran Balicer (Служба здравоохранения «Кла-лит», Израиль) – инновации систем здравоохранения; Kai Leichsenring (Европейский центр социального обеспечения и исследований, Австрия) – финансовые стимулы для поставщиков услуг; Esther Suter (Служба здравоохранения провинции Альберта, Канада) – подотчетность системы здравоохранения; Nick Goodwin, Lourdes Ferrer и Viktoria Stein (Международный фонд по интегрированной помощи, Соединенное Королевство) и Mary Jo Monk (Служба здравоохранения провинции Новая Шотландия, Канада) – в сотрудничестве, по ключевым концепциям предоставления интегрированных услуг здравоохранения.

Работа над документом осуществлялась в период с 2013 по 2015 г. На ряде этапов проводились консультации с государствами-членами и экспертами по концепциям и инструментам предоставления услуг здравоохранения. Были проведены встречи в Стамбуле (Турция), Брюсселе (Бельгия) и Копенгагене (Дания). В их числе были два технических совещания: стартовое совещание в феврале 2014 г. и следующее – в феврале 2015 г., на котором обсуждались и уточнялись основные понятия. В этих мероприятиях приняли участие назначенные министерствами здравоохранения координаторы по предоставлению интегрированных услуг здравоохранения, приглашенные из всех государств-членов, а также международные эксперты в данной области. В апреле 2014 г. состоялась отдельная встреча заинтересованных сторон, в том числе представителей ассоциаций поставщиков медицинских услуг и пациентов, а также групп гражданского общества, посвященная обсуждению смежных проблем, обзор которых приведен в настоящем документе. На протяжении всего процесса проводились обсуждения на уровне технических подразделений Европейского регионального бюро ВОЗ и с руководителями страновых офисов.

Следует отметить, что настоящая версия документа (от октября 2015 г.) находится на рецензии у приглашенного эксперта и после соответствующего редактирования будет заменена на обновленную, заключительную версию осенью 2016 г.

Перевод на русский язык выполнен агентством TAIS и отрецензирован Алией Косбаевой (Европейское региональное бюро ВОЗ).

Для получения более подробной информации об этой и смежных работах посетите сайт программы «Предоставление услуг здравоохранения» <http://www.euro.who.int/ru/health-topics/Health-systems/health-service-delivery> или обратитесь к авторам по адресу CIHSD@euro.who.int.

Предисловие

ВОЗ признает ключевое значение эффективно работающих систем здравоохранения для обеспечения здоровья и благополучия населения. В 2000 г. в целях достижения общего видения и разработки схемы оценки систем здравоохранения ВОЗ выделила четыре ключевые функции систем здравоохранения: руководство (стратегическое управление), финансирование, генерирование ресурсов и предоставление услуг (1). С течением времени представления о них получили дальнейшее развитие и углубление в ряде последующих докладов и решений. Так, в 2007 г. эти функции были подтверждены в качестве «строительных блоков» для укрепления систем здравоохранения (2). В 2010 г. была составлена схема мониторинга и оценки, включившая набор основных индикаторов для отслеживания прогресса (3). Параллельно с этим в течение прошедшего десятилетия был опубликован ряд других работ по конкретным функциям, позволивших углубить представления об их индивидуальных характеристиках¹.

В настоящее время практическое внедрение концепций систем здравоохранения сохраняет значительную важность, и вопрос укрепления систем здравоохранения по-прежнему является глобальным приоритетом. Это ярко выразилось в Двенадцатой общей программе работы ВОЗ на 2014–2019 гг., содержащей приоритетный кластер технических мероприятий и корпоративных услуг, сосредоточенных на укреплении систем здравоохранения. В соответствии с этим приоритетом разработан проект глобальной стратегии по интегрированным системам здравоохранения, ориентированным на людей, которая будет представлена на рассмотрение Всемирной ассамблеи здравоохранения в 2016 г. (8).

В Европейском регионе ВОЗ подписание в 2008 г. Таллиннской хартии ознаменовало важность оптимально функционирующих систем здравоохранения для общественного здоровья и развития и отразило обязательства государств-членов по улучшению деятельности своих систем здравоохранения и повышения ответственности в данной области (9). Позже была принята европейская политика здравоохранения – Здоровье-2020, в которой укрепление систем здравоохранения отмечено в качестве одной из четырех приоритетных областей деятельности, направленных на достижение наивысшего потенциала здоровья в Регионе к 2020 г. (10).

Видение, лежащее в основе политики Здоровье-2020, призывает к созданию систем здравоохранения, ориентированных на людей. По сути, она является продолжением тех же принципов, которые были впервые выдвинуты в политике «Здоровье для всех» и исторической Алма-Атинской декларации 1978 года о первичной медико-санитарной помощи, провозглашенной более четырех десятилетий назад. Это принципы равноправия, социальной справедливости, участия местного сообщества, укрепления здоровья, надлежащего использования ресурсов и межсекторального взаимодействия (11). Сохранение актуальности перечисленных принципов доказывает высокую полезность первичной медико-санитарной помощи в масштабе всего мира и в Европейском регионе ВОЗ, поскольку надежная и социально справедливая первичная медико-санитарная помощь имеет ключевое значение для систем здравоохранения, обеспечивших существенный прогресс в достижении всеобщего доступа к услугам здравоохра-

¹ В их число входят, например, последующие доклады о состоянии здравоохранения в мире и документы, содержащие углубленный анализ функций руководства (4), финансирования (5), ресурсного обеспечения (6) и предоставления услуг (7), а также соответствующие резолюции Всемирной ассамблеи здравоохранения и документы встреч на высшем уровне по вопросам укрепления систем здравоохранения, таких как международные конференции, посвященные 30-й и 35-й годовщине принятия Алма-Атинской декларации о первичной медико-санитарной помощи (Алматы, Казахстан).

нения и внесших вклад в улучшение показателей здоровья, социально-экономическое развитие (5) и повышение благосостояния населения (3, 9, 12, 13).

Важность систем здравоохранения, ориентированных на людей, также находит отражение в приоритетах партнерских организаций, осуществляющих деятельность в Европейском регионе, в том числе таких, как Европейская комиссия, ОЭСР, Глобальный фонд и Всемирный банк, профессиональные ассоциации и организации гражданского общества, которые поддерживают процессы развития прочных систем здравоохранения, дающих возможность гражданам вести здоровую и независимую жизнь.

В соответствии с этим коллективным приоритетом и реализацией политики Здоровье-2020, Европейское региональное бюро ВОЗ работает над определением конкретных отправных пунктов для укрепления систем здравоохранения, ориентированных на людей. В этом плане Региональное бюро наметило пути развития тесного сотрудничества с государствами-членами на период 2015–2020 гг. по двум приоритетным направлениям: преобразование услуг здравоохранения и их адаптация к вызовам XXI столетия; переход к всеобщему охвату услугами здравоохранения во всем Европейском регионе без разорительных платежей за счет собственных средств пациентов (14).

Настоящий документ продвигает первый из этих приоритетов на один шаг дальше. Анализируя непрерывно возникающие новые понятия, относящиеся к предоставлению услуг здравоохранения, что является ответом на меняющийся контекст и на внедрение инноваций, данная работа призвана на основе объединения данных из литературы и опыта стран обрисовать текущее состояние дел. Решение этой задачи рассматривается как непременное условие для укрепления поддержки государств-членов в развертывании, наращивании и обеспечении устойчивости реформ в области предоставления услуг здравоохранения.

Рассмотренные в настоящей работе концепции найдут свое отражение в готовящейся региональной рамочной основе действий по комплексному предоставлению услуг (15); это будет практическое руководство для систем здравоохранения в ответ на запросы государств-членов о технической поддержке в деле ускорения реформ в сфере предоставления услуг. Разработка рамочной основы была начата в 2013 г., и ее важнейшие положения определены в плановом документе, который служит руководством для определения этапов в рамках общего концептуального видения. Этот документ также содействует повышению согласованности действий и освещает имеющиеся возможности для детальных консультаций и взаимодействий со странами и партнерами (15). Рамочная основа и вспомогательный набор документации в поддержку внедрения будут представлены на одобрение государств-членов на 66-й сессии Европейского регионального комитета ВОЗ осенью 2016 г.

Что представляет собой данный документ

В той же мере, в какой принципиальной задачей системы здравоохранения является повышение уровня здоровья и благополучия населения, ключевой процесс для любой системы здравоохранения – это предоставление услуг (16). В этот процесс вносит свой вклад и каждая из трех остальных функций системы здравоохранения – *руководство, финансирование и ресурсное обеспечение*. Так, например, в некоторых ситуациях не удастся предоставить качественные услуги в нужном месте и в нужное время по причине слабых навыков медицинских работников или в результате нехватки лекарств и оборудования – проблем, являющихся следствием, соответственно, недостаточной подготовки кадров и дефицита инвестирования. В других случаях барьеры для предоставления услуг могут возникать вследствие порочного стимулирования как результат неадекватных закупок или выплат.

Если оставить в стороне эти и другие потенциальные проблемы системы здравоохранения, предоставление медицинских услуг, даже при наличии всех необходимых ресурсов, финансовой поддержки и управления, может оставаться недостаточно эффективным по причинам, обусловленным исключительно самой данной функцией. Это подчеркивает важность функции предоставления медицинских услуг для укрепления систем здравоохранения и ее четко выраженную роль и вклад в решение приоритетных задач в сфере общественного здоровья.

Убедительным аргументом в пользу приоритизации функции предоставления услуг здравоохранения является связь между эффективностью таких услуг и показателями здоровья населения. Так, хорошо развитая служба первичной медико-санитарной помощи позволяет системам здравоохранения добиваться значительного прогресса в обеспечении всеобщего доступа к медицинским услугам, улучшении показателей здоровья населения и социально-экономического развития (5), а также в повышении общественного благосостояния (2, 9, 12, 13). При фокусировке внимания на наиболее актуальных проблемах общественного здравоохранения и факторах риска, таких как употребление табака, ожирение, ВИЧ/СПИД и туберкулез (ТБ), также подтверждается четкая связь между полноценными вмешательствами в сфере оказания медицинских услуг и ускорением темпов улучшения здоровья населения (10, 17–20).

Несмотря на общепризнанную важность предоставления услуг, систематическое описание этой функции системы здравоохранения остается неоднозначным (7, 21). И это не связано с дефицитом концептуального осмысления. Разработаны многочисленные структуры и инструменты анализа и учета различных аспектов оказания услуг. Вместе с тем исследование данной функции по своей природе многопланово. Так, ее показатели не только частично зависят от других функций системы здравоохранения, но и являются результатом комплекса действий на всех уровнях системы здравоохранения: от стратегий, устанавливаемых на национальном уровне, до ее наиболее частного проявления, такого как взаимодействие медицинских работников с пациентами (16, 21). Возможно, трудности концептуального учета этой многообразной динамики стали тормозом для развития углубленного понимания самой функции и ее процессов.

Однако, несмотря на вышеизложенные концептуальные проблемы, существует очевидное общее согласие в том, что для быстрого прогресса в улучшении показателей здоровья населения сфера оказания медицинских услуг должна непрерывно адаптироваться и развиваться в соответствии с изменяющимся ландшафтом здравоохранения (22). В настоящее время реагирование на происходящие изменения является настоящей необходимостью. В различных странах Европейского региона продолжительность жизни сегодня выше, чем когда-либо ра-

нее, и по мере роста долголетия обостряется восприимчивость людей к болезням и вероятность развития инвалидности (23–25), а также растет частота случаев множественной хронической патологии (26–29). Речь идет в первую очередь о неинфекционных заболеваниях (НИЗ), таких как рак, диабет, хронические заболевания органов дыхания и сердечно-сосудистой системы, нарушения психического здоровья (22). Предоставление услуг, ранее ориентированных на модель реактивной, эпизодической помощи при острых состояниях, по сути дела привело к тому, что многие системы оказались плохо приспособлены для обеспечения проактивного, последовательного, профилактического и укрепляющего здоровье типа медицинского обслуживания, которое необходимо сегодня.

Другой тенденцией, привлекающей внимание к вопросу оказания медицинских услуг, является растущее бремя традиционных и вновь выходящих на первый план во многих странах инфекционных болезней, таких как туберкулез; им в особой степени подвержены уязвимые и маргинализированные группы населения, например лица, содержащиеся в местах лишения свободы, этнические меньшинства и жители отдаленных районов (30). Параллельно с этим финансовые ограничения (31), новые, более опасные факторы риска, связанные с окружающей средой (22), растущие общественные ожидания в отношении качества и безопасности (32), изменяющийся образ жизни и факторы поведенческих рисков (33), а также растущий спрос на доступ к медицинским услугам за границей (34, 35) создают дополнительную нагрузку на спрос и предложение в сфере предоставления услуг, бросая вызов эффективности традиционных моделей здравоохранения.

Дополнительными факторами, стимулирующими непрерывное развитие сферы предоставления услуг здравоохранения, являются успехи в области научных исследований, технологий и производства, которые обусловили радикальные изменения в способах облегчения боли, восстановления здоровья и продления жизни. Так, например, инновационные методы медикаментозной терапии и лечебных вмешательств все в большей степени позволяют эффективно бороться с болезнью как на уровне местного сообщества, так и на дому у пациента. Аналогичным образом новые технологии привели к появлению электронного и мобильного здравоохранения, а также других направлений телемедицины, которые позволяют предоставлять гораздо более персонализированные и нередко более доступные услуги, которые ранее было невозможно представить (36).

В контексте этих изменений по всему Европейскому региону ВОЗ системы предоставления услуг здравоохранения продемонстрировали впечатляющую возможность реагирования и адаптации. При том что эмпирические данные о достигнутом полезном эффекте еще предстоит осмыслить (37), в последние годы наблюдается существенный подъем инновационной деятельности и широкое осуществление инициатив, начиная с локальных мер на уровне учреждений и заканчивая региональными и общенациональными реформами. Несмотря на эту активность и предполагаемые успехи, большинство подобных усилий остаются маломасштабными и зависящими от конкретных условий, часто с заранее установленными сроками исполнения и ограниченным финансированием; они лежат вне основной системы и редко с самого начала рассматриваются в качестве ведущего направления работы (15, 38). По существу, хорошие намерения, идеи и проекты пока не в состоянии в полной мере обеспечить полезный эффект для тех, на чье благо были изначально направлены реформы.

Преобразование медицинского обслуживания – это нелегкое дело. В процессе переориентирования, реорганизации, реконфигурации или перепрофилирования сферы услуг здравоохранения необходимо принимать целый ряд конкретных

решений. Кроме того, реформы сферы медицинских услуг сталкиваются с накопившимися за десятилетия ограничениями, обусловленными ранее принятыми решениями, что определяет основные черты системы здравоохранения и тем самым ограничивает организационное пространство для маневра в ходе внедрения предложенных изменений. В конечном счете формирование общего понимания функции предоставления услуг здравоохранения – ее оценки, процессов и динамики в рамках системы здравоохранения – является насущной необходимостью. Такое понимание будет способствовать оптимальному развертыванию, наращиванию и долгосрочной устойчивости реформ и в итоге позволит добиться повышения уровня здоровья и благополучия людей.

Предназначение и обоснование

Данный документ призван дать обзор идей и опыта реформирования сферы услуг здравоохранения в целях достижения теоретически и эмпирически обоснованного понимания данной функции; это рассматривается как необходимое условие оптимизации практических реформ в системах здравоохранения. Для подготовки обзора были поставлены следующие ключевые вопросы:

1. Каковы итоговые показатели предоставления услуг здравоохранения?
2. Как определить функцию предоставления услуг здравоохранения?
3. Каким образом прочие функции системы здравоохранения обеспечивают условия для предоставления услуг?

Для целей настоящего документа сфера предоставления услуг здравоохранения рассматривается применительно к населению и индивидуумам, которым она призвана служить, а также к системе здравоохранения в соответствии с ее другими функциями и теми условиями, которые этими функциями обеспечиваются. Отдавая должное роли прочих факторов, в частности вкладу других секторов в предоставление услуг, авторы сочли целесообразным оставить всесторонний обзор аспектов, выходящих за рамки системы здравоохранения, вне сферы охвата данной работы.

В обзоре использованы структурная схема и концепция системы здравоохранения, впервые приведенная в «Докладе о состоянии здравоохранения в мире, 2000 г.» (16), и с этих позиций предоставление услуг здравоохранения рассматривается как одна из основных функций всей системы здравоохранения. Согласно этому подходу предоставление услуг здравоохранения определяется как функция составляющих его процессов, что отражает ее уникальный вклад в систему здравоохранения и, таким образом, дает прочное обоснование необходимости рационализации данной деятельности. В соответствии с функциональным подходом к системам здравоохранения в настоящей работе не проводится различий между типами услуг (такими как первичная помощь, дневной стационар, скорая медицинская помощь, специализированная, хроническая, паллиативная, реабилитационная помощь) или конкретными вмешательствами (например, укрепление здоровья, диагностика, экстренные услуги и др.). Аналогичным образом условия оказания помощи (например, амбулаторная, стационарная, в домах-интернатах, на уровне местного сообщества, на дому) или различные учреждения, где предоставляются услуги (например, больница общего профиля, поликлиника, центр оказания первичной медико-санитарной помощи и др.), сами по себе не определяют содержание обзора. Предполагается, что выводы относительно целей, процессов и системных ресурсов для предоставления услуг в равной мере применимы к каждой из этих более конкретизированных характеристик услуг.

Методика и источники фактических данных

В данной работе применены методы составления предварительного обзора с максимальным охватом имеющихся сведений (scoping review) (39, 40). Были использованы три основных подхода к сбору данных: 1) обзор литературы, посвященной аналитической базе, инструментарию для мониторинга и оценки систем здравоохранения и оказания медицинских услуг, а также стратегиям улучшения показателей здоровья по конкретным направлениям (например, ВИЧ/СПИД, неинфекционные заболевания, туберкулез); 2) горизонтальный анализ спектра документов, фиксирующих опыт стран Европейского региона ВОЗ, накопленный в ходе реформирования сферы услуг здравоохранения на национальном, региональном или локальном уровне (отдельные сообщества и учреждения оказания помощи); 3) обзор выводов в докладах по конкретным темам, выполненных внешними экспертами. Стремясь, по мере возможности, основываться на уже существующих концепциях, авторы использовали в качестве главного источника фактических данных имеющиеся рамочные основы и инструменты мониторинга и оценки систем здравоохранения и медицинского обслуживания.

1. Схемы и инструментарий для анализа систем здравоохранения и предоставления услуг

Отправной точкой для данной работы послужили обобщение и согласование данных из более ранних публикаций ВОЗ и ее региональных бюро по системам и услугам здравоохранения (2, 16, 41–46). Дополнительно были тщательно проанализированы концепции и механизмы предоставления услуг, разработанные международными партнерскими и научно-академическими структурами (47–53). Также были изучены принципы действий по укреплению сферы предоставления медицинских услуг, установленные тематическими программами и стратегиями, в частности в таких областях, как вакцинопрофилактика (54, 55); борьба с НИЗ (17, 54), туберкулезом (18, 56) и ВИЧ/СПИДом (19, 57); охрана здоровья матери и ребенка (20). В целях учета текущих приоритетов и концепций были рассмотрены такие наиболее недавние работы, как предварительный вариант глобальной стратегии организации интегрированного и ориентированного на людей предоставления услуг здравоохранения (8), а также Европейская политика здравоохранения Здоровье-2020 и относящиеся к ней документы по системам здравоохранения (14, 22).

Документы, вошедшие в обзор, были собраны главным образом в режиме ручного поиска на сайтах соответствующих организаций. Кроме того, проводился поиск по базам данных, включая GIFT, WHOLIS и PubMed, на предмет информации о предоставлении услуг здравоохранения и на смежные темы, такие как первичная медико-санитарная помощь и комплексное оказание услуг. Были проведены дополнительные консультации и запрошены рекомендации экспертов по поводу перечней документов, сочтенных значимыми для анализа. Список использованных работ приведен в Приложении 1.

2. Опыт стран

В целях подтверждения достоверности и уточнения результатов анализа документов был изучен опыт государств-членов в преобразовании сферы предоставления услуг здравоохранения. Данный опыт стал уникальным источником информации о реалиях практического оказания медицинских услуг, наглядно продемонстрировав многоуровневую динамику разнообразных действующих факторов. Это во многом обогатило трактовку данной функции, позволив охватить не только процессы в сфере оказания услуг, но и относительные уровни

их осуществления в системах здравоохранения в реальной жизни.

Примеры из стран были получены с использованием различных методов, включая открытый онлайн-опрос, проведение очных и телефонных интервью с важнейшими респондентами, а также обзор отчетности по конкретным проектам. Полное изложение опыта в данной области, охватывающее все 53 государства-члена Европейского региона ВОЗ, приведено в отдельном документе [58].

Инициативам по реформированию сферы предоставления услуг здравоохранения свойственно широкое разнообразие. В частности, отмечаются различия по следующим параметрам: поставленные цели, в зависимости от различных медико-санитарных потребностей и слабых мест в предоставлении услуг здравоохранения; масштабы осуществления: национальный, региональный или местный, на уровне отдельных учреждений; этапы процесса реформирования, от первоначальной пилотной апробации до дальнейшего развертывания или внедрения в национальном масштабе. Для того чтобы сгладить эти различия, опыт каждой из стран был внимательно рассмотрен на предмет выявления сути вносимых изменений. Мы анализировали эти усилия для определения глубинных целей и затем сопоставляли их с данными научной литературы, чтобы полнее охарактеризовать выявленные основные процессы предоставления услуг. Каждый из примеров был передан привлеченным ключевым респондентам для оценки и проверки его точности.

3. Доклады, составленные на договорной основе

Составление ряда рабочих документов и обзоров по определенным темам было заказано внешним экспертам на договорной основе. Они были подготовлены в период с 2013 по 2015 г. с применением различных методов обзора литературы, стратегий и опыта по таким темам, как интегрированное оказание медицинских услуг, подотчетность системы здравоохранения и компетенции кадров здравоохранения. Эта работа проводилась под руководством авторов настоящего обзора, которые выполнили заключительную проверку в целях извлечения, анализа и представления нужных сведений. Эксперты, внесшие вклад в подготовку рабочих документов, перечислены в разделе «Благодарности».

Обзор разделов

Разделы настоящего обзора соответствуют трем поставленным ключевым вопросам. Ниже приведено краткое описание каждого из них.

Раздел первый: итоговые показатели для оценки деятельности в сфере услуг здравоохранения

Первый раздел посвящен вопросу укрепления связи между предоставлением услуг и улучшением показателей здоровья. В этих целях сформулирован проблемно-ориентированный подход, направленный на выявление измеримых параметров предоставления услуг в их связях с показателями работы системы здравоохранения. Причинно-следственный анализ как инструмент систематизации таких связей позволяет предложить логическую последовательность взаимосвязанных компонентов: от вкладываемых ресурсов (например, в виде компетенций медицинского персонала) через процессы и промежуточные результаты оказания услуг (например, обеспечение комплексного характера вмешательств

и координация служб) и итоговые результаты развития системы здравоохранения (например, обеспечение отзывчивости и социальной справедливости) до конечного полезного эффекта для здоровья населения (показатели заболеваемости и смертности). Более точное определение измеримого вклада услуг здравоохранения представляет особую важность для стратегического регулирования вмешательств, а также для оценки и мониторинга их полезного воздействия.

Раздел второй: определение процессов предоставления услуг здравоохранения

Достигнут определенный консенсус по ряду устоявшихся требований или необходимых процессов применительно к предоставлению услуг здравоохранения. В данном разделе на основе обзора литературы и опыта стран предпринимается попытка дать определение этой функции путем анализа ее специфических процессов; при этом основное внимание уделяется не тому, какими должны быть услуги, а тем факторам, на которые можно воздействовать. Укрепление сферы предоставления услуг требует принятия мер на различных уровнях системы здравоохранения: от национальной политики и ее приоритетов до региональной перспективы обслуживания определенной территории и уровня медицинских работников первичного звена, находящихся на переднем крае предоставления медицинских услуг. Эти уровни принимались в рассмотрение по мере необходимости для воссоздания контекста реализации процессов на практике.

Раздел третий: создание в системе здравоохранения благоприятных условий для предоставления услуг

Наконец, с позиций систем здравоохранения, очевидно, что изменения одного аспекта системы влияют на остальные, и, таким образом, для обеспечения оптимальной деятельности различные компоненты системы должны взаимодействовать друг с другом. На основе изученной литературы и эмпирических свидетельств были проанализированы взаимодействия между предоставлением услуг и другими функциями системы здравоохранения, такими как руководство, финансирование, обеспечение кадровыми ресурсами, лекарствами, технологиями и информацией.

Кроме того, подготовлен **глоссарий ключевых терминов**, где разъяснены специальные понятия, обсуждаемые на протяжении всего документа. Определения адаптированы из изученной литературы для обеспечения последовательности в изложении концепций.

Раздел первый

Итоговые показатели для оценки деятельности в сфере услуг здравоохранения

Все реформы, проводимые в странах в целях укрепления сферы услуг здравоохранения, имеют одну общую отправную точку: четкое формулирование проблемы. В целях более аргументированного обоснования необходимости реформ во многих инициативах была предпринята попытка количественно оценить показатели эффективности работы и выраженности проблем в соответствии с достигнутыми результатами. Одна из трудностей в решении этой задачи при попытках определить ключевые причины проблем заключается в невозможности точно выделить и измерить вклад предоставления услуг на фоне других многочисленных факторов, влияющих на работу системы здравоохранения.

Сложности с практическим определением степени воздействия услуг находят свое отражение и в отсутствии в научной литературе общепризнанной схемы определения показателей эффективности услуг здравоохранения. Существует множество определений и трактовок того, как именно «должны» предоставляться услуги, при этом конкретные пути их реализации, равно как и относительная значимость параметров оценки, варьируются в зависимости от контекста. Тем не менее сохраняется потребность в структурированном методе для обоснования причинно-следственных связей, который позволил бы выделить предоставление услуг из других параметров здравоохранения и тем самым создать потенциал для установления причин субоптимальной эффективности услуг и, исходя из этого, для стратегического планирования необходимых мер.

В процессе изучения литературы и практического опыта стран велся поиск важнейших связей между основными причинами субоптимального предоставления услуг и конечными результатами деятельности системы. В этих целях подчеркивались те конечные показатели деятельности, которые можно однозначно отнести к функции предоставления услуг, в качестве отражения того, как принимаемые решения по различным процессам предоставления услуг влияют на конечные результаты. Предпочтение было отдано тем результатам, которые можно количественно оценить и где имеются конкретные переменные, так как они более всего соотносятся с процессом разработки реформ и могут служить обоснованием для адресных стратегических вмешательств.

Итог этой работы можно проиллюстрировать в виде типовой последовательности «ресурсы – процесс – промежуточный показатель – итоговый показатель», где итоговые показатели предоставления услуг оцениваются по параметрам полноты, скоординированности, эффективности и ориентированности на человека (рис. 1.1). Эти параметры отличаются от обычно описываемых итоговых показателей деятельности системы здравоохранения, таких как качество, доступность и экономическая эффективность; они рассматриваются как составные показатели, определяемые взаимодействием услуг и других функций системы здравоохранения, таких как руководство, финансирование и ресурсное обеспечение. На основании результатов обзора в дальнейшем изложении итоговые показатели предоставления услуг здравоохранения будут описываться в соответствии с их типовыми характеристиками и с примерами индикаторов для количественной оценки.

Рисунок 1.1 Причинно-следственная цепь в предоставлении услуг здравоохранения: итоговые показатели предоставления услуг

Полезный эффект	Итоговые показатели деятельности системы здравоохранения	Итоговые показатели ПУЗ	Процессы ПУЗ*	Ресурсы*
Влияние на здоровье населения (уровень и распределение)	Качество Доступность Затратоэффективность	Комплексность Координация Эффективность Ориентированность на человека	Отбор услуг Разработка услуг Организация поставщиков Руководство оказанием услуг Улучшение показателей деятельности	Руководство Финансирование Ресурсное обеспечение

* Процессы ПУЗ – это процессы, описанные во втором разделе, а ресурсы относятся к другим функциям системы здравоохранения, описанным в третьем разделе.

Комплексность

Определенные услуги здравоохранения, которые предоставляются на популяционном и индивидуальном уровнях, охватывают широкий спектр видов помощи на различных этапах жизни, включая защиту и укрепление здоровья, профилактику, диагностику и лечение болезней, хроническую, реабилитационную и паллиативную помощь, и имеют целостно-личностную ориентированность. Адаптировано из [8, 41, 50, 51].

Комплексность (или всесторонность) предоставления услуг определяется как такая обеспеченность услугами, которая соответствует сложной взаимосвязи биологических, поведенческих и психосоциальных факторов на протяжении всей жизни человека и основана на его индивидуальных потребностях в рамках более общих нужд [59]. Комплексность – это параметр, характеризующий способность служб здравоохранения мобилизовать ряд популяционных вмешательств и индивидуальных услуг по широкому спектру оказания помощи. Сюда входят услуги, относящиеся к защите и укреплению здоровья и профилактике заболеваний, а также к диагностике, лечению, длительному уходу, реабилитации и паллиативной помощи [41, 50, 60]. Комплексные услуги можно обозначить как ориентированные на всего человека, а в системе предоставления таких услуг необходимо учитывать и прогнозировать различные варианты динамики индивидуальных потребностей в отношении здоровья, что должно находить отражение в разнообразии имеющихся услуг. Так, например, всеобъемлющий подход к наращиванию масштабов скрининга на рак молочной железы предусматривает также возможность своевременного диагностического обследования женщин с отклонениями на маммограмме и надлежащего лечения при выявлении рака [61].

Положительное влияние оказания всесторонних услуг на показатели здоровья хорошо документировано [7, 62]. При этом играют роль, в частности, следующие факторы: более успешное лечение, когда комплекс лечебных мер оказывается более эффективным, чем одиночное вмешательство [63, 64]; увеличение масштаба использования услуг ранней диагностики, таких как скрининг на повышенное артериальное давление, маммография, скрининг на рак шейки матки, а также применение мер укрепления здоровья для сокращения поведенческих факторов риска [65]; рост обращаемости за медицинской помощью, поскольку люди в большей степени готовы пользоваться услугами, зная, что им будет предложен полный спектр [7]; рост экономической эффективности первичной помощи [66]; стабильное снижение частоты госпитализаций по поводу предотвратимых осложнений хронических состояний, поддающихся амбулаторному лечению [65–67]. Кроме того, установлено, что всесторонние услуги сводят к минимуму риск фрагментации, возникающий вследствие применения высокоспециализированных, зачастую обособленных пакетов услуг, что может приводить, например, к лечению туберкулеза без учета ВИЧ-статуса пациента или того, является ли он курильщиком [7].

Показатели комплексности обычно базируются на характеристиках используемых ресурсов, например, таких как спектр материально-технического оснащения

учреждений (помещения, оборудование и др.) и технических навыков медицинских работников (41, 68). В качестве одного из итоговых показателей процессов предоставления услуг комплексность можно оценить применительно к фактическому объему помощи, например по спектру услуг, предоставляемых в рамках профилактики и санитарного просвещения на уровне первичной медико-санитарной помощи.

Таблица 1.1 Примеры параметров для оценки комплексности предоставления услуг здравоохранения

Параметр	Пример индикатора
Промежуточные результаты услуг и вмешательств (таких как реабилитация, профилактика, просветительная работа и др.)	Доля пожилых людей (65 лет и старше), которым были предложены услуги реабилитации после выписки из больницы для лечения острых состояний или местной больницы. Суммарное число профилактических и просветительных услуг, предоставленных врачами общей практики, на основе перечня отдельных видов услуг (подсчитано как общее число единиц учета)

Источник: адаптировано из (69) и (68).

Координация

Уровень координации определяет ту степень, в какой функция предоставления услуг активно обеспечивает организацию поставщиков и управление в целях осуществления медицинского обслуживания в соответствии с оптимальной последовательностью вмешательств. Координация процессов оказания услуг затем определяет, насколько хорошо организованы услуги, поставщики, а также соответствующая инфраструктура, механизмы направления пациентов и информационные системы, как в отдельном эпизоде оказания помощи, так и в целом в соответствии с индивидуальными потребностями (8).

Общепризнано, что недостаточная координация является одной из ключевых причин низкого качества медицинского обслуживания: фрагментированные услуги с низким уровнем координации малоэффективны и могут даже наносить вред пациентам (70) вследствие, например, дублирования диагностических обследований, неправильного лечения и, временами, осуществления вмешательств, которые носят не дополняющий, а разнонаправленный характер (71). В ряде исследований продемонстрирована положительная связь между повышением уровня координации и показателями здоровья, уровнями охвата и качеством услуг (72–76). Слабая координация приводит к избыточным страданиям пациентов, предотвратимой повторной госпитализации, дополнительным обращениям в отделения экстренной помощи, повышенной частоте медицинских ошибок и росту стоимости услуг здравоохранения (77).

В литературе координация услуг нередко используется в качестве индикатора согласованности оказания помощи. Зачастую этот параметр измеряется наличием многопрофильных бригад как косвенного показателя систематической совместной согласованной работы врачей и другого персонала по оказанию помощи пациентам и их семьям (69). Если трактовать скоординированность услуг как составной показатель эффективности процессов оказания услуг в целом, то координация может оцениваться по таким, например, параметрам, как предотвратимые повторные госпитализации или профилактика падений, с использованием соответствующих индикаторов, как, например, число проведенных оценок безопасности жилищных условий.

Результат отбора, планирования, организации, управления и совершенствования услуг в определенном эпизоде оказания помощи и в процессе предоставления услуг во времени и на различных этапах жизни в целях обеспечения оптимальных результатов.

Таблица 1.2 Примеры параметров для оценки уровня координации в предоставлении услуг

Параметр	Пример индикатора
Предотвратимая госпитализация	Ампутация нижних конечностей при диабете
Профилактика падений	Число проведенных оценок безопасности жилищных условий
Предотвратимая повторная госпитализация	Показатель частоты повторных госпитализаций нередко указывает на неэффективную профилактику или неадекватное оказание помощи по месту жительства.

Источник: адаптировано из [69].

Ориентированность на человека

Оказание услуг с той степенью индивидуализации, которая отвечает персональным нуждам и известным рискам, планирование помощи с вовлечением пациента в процесс принятия решений, рациональная организация деятельности поставщиков, а также наличие механизмов управления и оптимизации в целях обеспечения наилучших результатов.

Ориентированность на человека – это концентрация внимания на индивидуальном пациенте. Данный показатель тесно связан с концепцией систем здравоохранения, ориентированных на людей, когда такие системы обеспечивают ключевую роль функций системы здравоохранения в предоставлении услуг в соответствии с индивидуальными и общественными потребностями [14], а ориентированность на человека используется в качестве показателя той степени, в какой предоставление услуг последовательно отвечает данному принципу на практике. Ориентированность на человека – это итоговый показатель различных процессов оказания услуг, включая, например, выбор услуг в соответствии с индивидуальными потребностями и известными факторами риска или планирование помощи с участием пациента в принятии решений.

Оценка ориентированности на человека может включать аспекты непрерывности оказания помощи, то есть степень согласованности, взаимосвязи и последовательности отдельных вмешательств и их соответствия медицинским потребностям, личным обстоятельствам [78] и субъективным предпочтениям пациента [42]. Уровень непрерывности оценивается по индивидуальным отзывам пациентов [40, 78–81], в некоторых схемах – также с включением отзывов лиц, осуществляющих уход, и родственников [82].

Растущая доказательная база свидетельствует о том, что ориентированность на человека, достигаемая путем развития прочных и значимых взаимоотношений с пациентом при оказании услуг, является важным прогностическим фактором повышения качества лечения хронических заболеваний, а также нарушений репродуктивного и психического здоровья [83]. На уровне первичной помощи обеспечение непрерывности помощи и поддержание коммуникации с пациентом зарекомендовали себя в качестве экономически эффективного вмешательства, позволяющего сократить степень расходования ресурсов [50, 84]. Также были выявлены связи между повышением уровня непрерывности оказания помощи и такими результатами, как снижение смертности от всех причин, сокращение числа госпитализаций [85] и консультаций со специалистами, более точное выявление неблагоприятных побочных эффектов медицинских вмешательств и совершенствование услуг профилактики [7]. Улучшение показателей обслуживания может также включать облегчение доступа к необходимым уровням помощи, повышение ее качества [86, 87] и в целом более позитивные отзывы в связи с предоставленными услугами [86].

Источником соответствующих оценочных данных относительно уровня ориентированности на человека являются главным образом опросы пациентов. Начата работа по составлению стандартных опросных инструментов, так как зачастую опросы не проводятся на регулярной основе и имеющиеся на сегодняшний день фактиче-

ские данные из различных стран не всегда сопоставимы между собой². Можно также проводить оценку ориентированности на пациента –на основе измерения доли пользующихся услугами людей, которые сообщили, что услуги дали им ощущение безопасности и защищенности, или доли пациентов, подвергнувшихся принудительной госпитализации или принудительному лечению [69].

Таблица 1.3 Примеры параметров для оценки ориентированности предоставляемых услуг на человека

Параметр	Пример индикатора
Степень удовлетворенности пациента	Доля людей, пользующихся (социальными) услугами, и лиц, осуществляющих уход, которые сообщили, что получили необходимый для них объем социальных контактов
Отзывы пациента/семьи о поставщиках услуг	Опрос пациентов (и в меньшей степени семей) на предмет того, в какой мере медицинская помощь является индивидуально направленной

Источник: адаптировано из [69].

Эффективность

Рассматривая итоговые показатели предоставления услуг здравоохранения, следует отметить, что наряду с полнотой, координацией и ориентированностью на человека оптимальное оказание помощи также означает, что лечебно-профилактические вмешательства достигают поставленных целей [89]. Показатель эффективности услуг отображает правильность оказания научно обоснованной медицинской помощи [16, 89], когда на первом плане находятся услуги, соответствующие современным профессиональным знаниям и данным передовых научных исследований.

Степень соответствия услуг современной научной базе в целях наилучшего обеспечения желаемых результатов; адаптировано из [88].

Эффективность услуг часто оценивают по их приемлемости и целесообразности, а также по их прямому вкладу в качество [89]. В соответствии с данным подходом эффективность может быть охарактеризована такими индикаторами, как число госпитализаций в связи с состояниями, поддающимися амбулаторному лечению (пример – бронхиальная астма), или уровни устойчивости к антимикробным препаратам, во многом вызванной нерациональным назначением или применением антибиотиков.

Учет эффективности медицинских услуг зачастую основывается на клинической информации, когда в качестве ее главных источников используются медицинская документация пациентов и административные данные. Отсутствие стандартизированных электронных карт пациентов нередко ограничивает возможности для оценки эффективности на национальном уровне.

Таблица 1.4 Примеры параметров для оценки эффективности предоставляемых услуг

Параметр	Пример индикатора
Адекватность мер медицинской помощи	Доля родоразрешений путем кесарева сечения [88] Частота госпитализаций по поводу астмы [3]
Устойчивость возбудителей к антимикробным препаратам	Доля изолятов <i>Enterococcus faecalis</i> , устойчивых к аминопенициллинам

Источник: адаптировано из [69].

² Начиная с конца 1990-х годов на международном уровне предпринимались усилия по сбору отзывов пациентов путем проведения опросов, разработанных Институтом Пикера, а также в рамках опросных исследований по потребительской оценке поставщиков медицинских услуг и систем здравоохранения, проводимых силами Агентства США по исследованиям и качеству медицинской помощи. На уровне ВОЗ данные по различным аспектам субъективного опыта пациентов были собраны в рамках подготовки Мирового обзора показателей здоровья, 2000–2001 гг. Каждые три года начиная с 1998 г. сбор отзывов пациентов осуществляется в рамках Международного опроса Фонда Содружества по политике здравоохранения. С 2006 г. участие в разработке и валидации инструмента для систематического сбора отзывов пациентов принимает ОЭСР. С целью оценки общего впечатления пациентов от системы оказания медицинской помощи ОЭСР рекомендует отслеживать субъективные отзывы пациентов в отношении любых докторов, а не только своего лечащего врача.

Итоговые показатели деятельности системы здравоохранения

Остальные параметры, влияющие на конечные показатели здоровья, помимо услуг здравоохранения, можно обозначить как «итоговые показатели деятельности системы здравоохранения» (90). Для описания этих результатов и их связи с показателями здоровья используются различные термины и индикаторы. Некоторые из них широко обсуждаются и существенным образом зависят от результатов предоставления услуг здравоохранения. Их можно оценивать по таким параметрам, как качество, затратоэффективность и доступ к услугам (3, 47, 48, 90) (рис. 1.2). Поскольку итоговые показатели работы системы здравоохранения по этим параметрам в конечном счете представляют собой суммарный вклад каждой из ее функций, при анализе этих показателей описывают конкретные связи с параметрами услуг здравоохранения.

Рисунок 1.2 Причинно-следственная цепь в предоставлении услуг здравоохранения: итоговые показатели деятельности системы здравоохранения

Полезный эффект	Итоговые показатели деятельности системы здравоохранения	Итоговые показатели ПУЗ	Процессы ПУЗ*	Ресурсы*
Влияние на здоровье населения (уровень и распределение)	Качество Доступность Затратоэффективность	Комплексность Координация Эффективность Ориентированность на человека	Отбор услуг Разработка услуг Организация поставщиков Руководство оказанием услуг Улучшение показателей деятельности	Руководство Финансирование Ресурсное обеспечение

* Процессы ПУЗ – это процессы, описанные в разделе втором, а ресурсы относятся к другим функциям системы здравоохранения, описанным в разделе третьем.

Качество. Многомерность оценки качества стала препятствием в его определении и достижении консенсуса в научной литературе. Об этом свидетельствует многочисленность различных аспектов качества, используемых для его оценки и учета в качестве итогового показателя деятельности системы здравоохранения.

И действительно, качество представляет собой результат соединения множества факторов, таких как стандарт лекарственных препаратов, определяемый в рамках функции ресурсного обеспечения, или приемы обеспечения качества (например, аккредитация), отражающие процессы руководства. Тем не менее можно провести линию от процессов предоставления услуг и их итоговых показателей, обозначающую вклад этих услуг в общее качество. Таким образом, хотя деятельность системы здравоохранения в показателях качества не определяется исключительно оказанием услуг, вклад этих процессов можно в любом случае установить.

Услуги здравоохранения часто признаются качественными, если они эффективны и ориентированы на нужды пациента, как это описано выше, и в то же время безопасны и предоставляются своевременно (3). Безопасность можно оценить как степень, в которой процессы оказания помощи позволяют избегать и предотвращать неблагоприятные явления и травмы, связанные с самим медицинским вмешательством (89). Вклад услуг здравоохранения в обеспечение качества можно оценивать различным путем, например анализируя медицинскую документацию пациентов, или, косвенно, изучая итоговые данные, такие как частота неблагоприятных последствий оказания помощи или ненамеренного нанесения вреда.

Таблица 1.5 Примеры параметров для оценки качества предоставляемых услуг

Параметр	Пример индикатора
Безопасность пациентов	Снижение частоты неблагоприятных последствий Ненамеренное нанесение вреда от побочных эффектов лекарств лицам старше 65 лет, принимающим долгое время пять или более лекарственных препаратов (83)
Устранимая смертность	Число предотвратимых смертей при поддающихся лечению состояниях, включая инфекции, рак, сердечно-сосудистые заболевания, диабет, травмы, акушерскую патологию и состояния младенцев (91)

Источник: адаптировано из (69).

Затратоэффективность. Это параметр характеризует оптимальное использование имеющихся ресурсов для получения максимальных выгод или результатов (90). Вклад предоставления услуг в общую экономическую эффективность системы здравоохранения обусловлен той степенью, в какой выбор, планирование, организация услуг и управление ими в целях совершенствования способствуют достижению наилучших результатов при имеющихся ресурсах. Определение вклада предоставленных услуг в экономическую эффективность системы включает оценку производительности труда и оптимальности использования имеющегося потенциала в процессе оказания медицинской помощи.

Таблица 1.6 Примеры параметров для оценки затратоэффективности предоставляемых услуг

Параметр	Пример индикатора
Производительность труда	Продолжительность госпитализации по отдельным маркерным состояниям (88)
Использование потенциала	Наличный запас лекарственных препаратов Показатель средней занятости койки

Источник: адаптировано из (69).

Доступ. Доступ – это степень открытости услуг для их прямого и беспрепятственного получения, без неоправданных барьеров по признакам стоимости, языка, культуры и географической локализации (3). Показатель доступа также характеризует степень, в которой индивидuum получает необходимую помощь, несмотря на наличие возможных физических, финансовых, социокультурных и психологических барьеров. Доступ нередко косвенно измеряют по наличию физической возможности для получения медицинских услуг или посещения медицинских учреждений, например по расстоянию учреждений от места проживания пациента, по часам приема или срокам ожидания планового хирургического вмешательства. Доступ также можно оценивать по распределению медицинского персонала, например как соотношение медсестер и врачей, врачей общего профиля и специалистов или акушеров и врачей акушеров-гинекологов.

Таблица 1.7 Примеры параметров для оценки доступа к услугам

Параметр	Пример индикатора
Часы работы	Удлинение часов работы осуществляется для облегчения доступа к медицинскому обслуживанию
Выездные услуги	Доля медицинских учреждений, практикующих выездные услуги
Рабочая нагрузка на поставщиков услуг	Число пациентов, приходящихся на одного врача общей практики Число пациентов, принятых врачом общей практики за день; число посещений на дому врачом общей практики за неделю; или количество рабочих часов в неделю у врача общей практики

Источник: адаптировано из (69).

Раздел второй

Процессы предоставления услуг здравоохранения

В ходе разработки и осуществления реформ, направленных на то, чтобы ускорить темпы улучшения показателей здоровья, были предприняты усилия по выявлению коренных причин недостаточной эффективности предоставления медицинских услуг. Это позволило привлечь внимание к составным элементам функции предоставления услуг, с тем чтобы устранить недостатки, свойственные самой функции. Придерживаясь функционального подхода к системе здравоохранения [16, 92], можно выявить вспомогательные процессы, имеющие отношение к функции предоставления услуг. Способность отличать процессы, присущие именно функции предоставления услуг, от других системных функций позволяет принимать в расчет эти уникальные и специфичные компоненты вклада в систему здравоохранения и распознавать их взаимодействие, способствующее итоговым результатам.

Несмотря на многогранный характер функции предоставления услуг, на основе изученных данных можно выделить в ее составе пять ключевых процессов. Последовательность и специфика каждого из них неизбежно варьируются в зависимости от контекста.

Таблица 2.1 Обзор процессов предоставления услуг здравоохранения

Отбор услуг	Права на получение услуг Оценка медико-санитарных потребностей населения Типы услуг
Разработка услуг	Стандартизация практики Маршруты пациентов Переходы
Организация поставщиков	Роль и сфера практического охвата Условия обслуживания Форматы практики
Руководство оказанием услуг	Планы и бюджеты Ресурсное обеспечение Деятельность Количественная оценка и разрешение проблем
Улучшение показателей деятельности	Механизмы обучения Руководство клинической практикой

Составляющие процессы функции предоставления медицинских услуг можно описать следующим образом.

- **Отбор услуг.** Определение приоритетности услуг здравоохранения для четко обозначенных групп населения в целях социально справедливого повышения уровня поддержания и восстановления здоровья на различных этапах жизни с обеспечением широкого диапазона услуг, включая охрану и укрепление здоровья, профилактику, диагностику и лечение болезней, долгосрочный уход, реабилитацию и паллиативную помощь, в соответствии с индивидуальными и общественными потребностями.
- **Разработка услуг.** Разработка и планирование маршрутов обслуживания, которые стандартизируют порядок предоставления услуг в соответствии

с наилучшими имеющимися фактическими данными, обозначая переходы между типами и уровнями помощи и в то же время учитывая возможность персонализации услуг применительно к индивидуальным потребностям.

- **Организация поставщиков.** Организация кадров здравоохранения, обеспечивающая распределение профессиональных функций и сфер практики в соответствии с отобранными услугами и их планированием, а также организация конкретных условий и видов оказания помощи.
- **Руководство оказанием услуг.** Планирование, составление бюджета, распределение ресурсов, контроль за осуществлением и мониторинг результатов для поддержания определенной последовательности и порядка предоставления услуг и при необходимости, в связи с отклонениями от планов, принятие мер для решения проблем и устранения недостатков.
- **Улучшение показателей деятельности.** Процесс создания механизмов обратной связи, обеспечивающих систему усвоения новых знаний и навыков на основе спонтанных тестов и внедрения полезных изменений в целях обеспечения высокого уровня деятельности благодаря циклам непрерывного обучения и систематического пересмотра клинических процессов.

Характеристики предоставления услуг здравоохранения: услуги, условия, поставщики, уровни и действующие субъекты

Услуги, условия и поставщики

Обслуживание часто характеризуют как сочетание минимум трех ключевых составляющих: услуг, условий и поставщиков (табл. 2.2). *Услуги* определяют типы оказываемой помощи, обычно группируемые по следующим кластерам: защита здоровья, укрепление здоровья, профилактика заболеваний, диагностика, лечение, ведение случаев болезни, долгосрочный уход, реабилитация, паллиативная помощь. В рамках этих кластеров предоставляются частные услуги в форме популяционных вмешательств и индивидуальных видов услуг, таких как, например, планирование семьи, малая хирургия или помощь при болевом синдроме. *Условия* определяют предоставление услуг на базе различных типов учреждений и организаций, таких как амбулатории, центры здоровья, районные больницы, диспансеры, мобильные клиники, аптеки и др., а также оказание помощи на дому. Наконец, *кадры здравоохранения* можно классифицировать как частные или государственные, коммерческие или некоммерческие, официальные или неофициальные, профессиональные или непрофессиональные, а также по уровню и профилю квалификации и сфере практики, что позволяет различить поставщиков по таким, например, категориям, как медицинские сестры, врачи первичного звена и врачи-специалисты [21].

Уровни и действующие субъекты

В осуществлении процессов обслуживания можно выделить два ключевых параметра: различные участники процесса предоставления услуг и разнообразные организационные уровни, на которых они функционируют.

Действующие субъекты предоставления услуг определяются как отдельные работники, организации, группы или объединения, заинтересованные в соответ-

Таблица 2.2 Предоставление услуг здравоохранения: услуги, условия и поставщики

Виды помощи	Услуги	Условия	Учреждения	Кадры здравоохранения
Охрана здоровья	Амбулаторная помощь	Амбулаторная помощь	Амбулаторное отделение	Акушерка
Укрепление здоровья	Диагностические услуги	В домах-интернатах	Амбулаторные учреждения, ведущие прием без предварительной записи	Волонтер
Профилактика заболеваний	Малая хирургия	В стационаре	Больница общего профиля	Врач
Диагностика	Ортопедическая помощь	На дому	Дневной стационар	Врач общей практики
Лечение	Педиатрическая помощь	На уровне местного сообщества	Дом-интернат для хронически больных и престарелых	Врачи-специалисты
Ведение случаев	Питание и гигиена		Индивидуальная или групповая практика	Вспомогательный медицинский персонал
Длительный уход	Планирование семьи		Лабораторные и диагностические центры	Диетолог
Реабилитация	Помощь на дому		На дому	Медицинские сестры
Паллиативная помощь	Помощь при болевом синдроме		Поликлиника	Менеджеры
	Помощь при наркозависимости		Реабилитационный центр	Методисты (ЛФК и т. п.)
	Психотерапия		Санаторий	Неформальные помощники по уходу
	Специализированная помощь		Скорая помощь	Общинный медико-санитарный работник
	Специальные программы		Специализированная больница	Парамедик
	Телемедицина		Учреждения постоянного проживания	Помощник по дому
	Укрепление здоровья		Фельдшерско-акушерские пункты	Работник здравоохранения без специального образования
	Физиотерапия		Физиотерапевтический центр	Руководители
	Хирургические вмешательства		Хоспис	Семейные помощники
	Школьное здравоохранение		Центр высокотехнологичной стационарной помощи	Семейный врач / средний мед. работник
	Экстренная помощь		Центр первичной медико-санитарной помощи	Социальные работники
			Центры медицинской помощи	Узкий специалист
				Фармацевт
				Фельдшеры
				Физиотерапевты

Примечание. Данная сводная таблица подготовлена по итогам обзора докладов по отдельным странам (n=30), опубликованных с 2010 по 2015 г. в серии «Системы здравоохранения: время перемен». Определения терминов можно найти в памятке для авторов данных докладов и в глоссариях, приведенных в конкретных докладах.

ствующих действиях и обладающие возможностью мобилизовать силы для осуществления функции предоставления услуг³. В целом направления деятельности ключевых субъектов и их вклад в процессы обслуживания могут быть организованы на макро-, мезо- и микроуровнях, которые описаны с указанием общих субъектов для каждого уровня в таблице 2.3.

- **Макроуровень: системный.** Этот общий, всеобъемлющий уровень часто синонимичен политике, как контекст, в котором устанавливаются курс и система институциональных механизмов (93). На макроуровне действующими субъектами являются, например, министерство здравоохранения

³ По соотношению сил эта роль отличается от роли заинтересованных сторон, поскольку последние хотя и могут тем или иным образом зависеть от результатов реформ, но нередко располагают лишь незначительными возможностями для воздействия на то, как реформы определяются, утверждаются и вводятся в действие. Таким образом, действующие субъекты всегда являются заинтересованными сторонами, но не все заинтересованные стороны являются действующими субъектами.

и другие правительственные учреждения, государственные или республиканские центры, независимые организации, медицинские учебные заведения и крупные национальные научно-исследовательские институты.

- **Мезоуровень: организационный.** Этот уровень предоставления услуг определяется тем, как воплощается политика на практике посредством интерпретации и осуществления целей и решения задач применительно к конкретной подгруппе населения (94). Диапазон организаций данного уровня может широко варьироваться в зависимости от контекста, с учетом институциональных механизмов региональных и районных органов власти среди других субнациональных образований (94).
- **Микроуровень: клинический.** Микроуровень – наиболее оперативный уровень оказания клинических и неклинических услуг, как правило, с вовлечением кадров здравоохранения, руководителей медицинских учреждений, организаторов здравоохранения и клинических специалистов, равно как и пациентов, членов их семей и других лиц, занимающихся обеспечением ухода.

Сложное взаимодействие уровней, а также различия в численности и категориях субъектов, влияющих на каждый уровень, проявляются на пересечении с такими процессами, как отбор услуг, их планирование и управление, организация поставщиков и улучшение деятельности. Как видно из таблицы 2.4, роль и ответственность каждого из уровней в этих процессах варьируется: отбор и планирование услуг зависят от системного макроуровня как часть общего процесса управления и стандартизации услуг. Другие процессы, такие как управление и улучшение деятельности, в большей степени базируются на мезо- и микроуровнях для осуществления ключевых аспектов деятельности в приближении к фактическому предоставлению услуг.

Таблица 2.3 Примеры действующих субъектов на разных уровнях предоставления услуг

Макроуровень: системный	Мезоуровень: организационный	Микроуровень: клинический
Министерство здравоохранения	Региональные органы здравоохранения	Медицинские специалисты
Подразделения министерства здравоохранения	Местные органы / целевые фонды здравоохранения	Организаторы здравоохранения
Канцелярия премьер-министра	Управления здравоохранения	Пациенты
Министерство финансов	Правоохранительные органы*	Члены семьи и лица, обеспечивающие уход за больными
Государственные или республиканские центры	НПО, занимающиеся вопросами здоровья	Неправительственные медицинские учреждения
Медицинские учебные заведения, институты повышения квалификации, учебные учреждения по организации здравоохранения	Предпринимательские ассоциации	Больничные советы
Агентства двустороннего сотрудничества	Органы аккредитации*	Центры/подразделения первичной помощи
Аналитические центры	Контрольно-ревизионные управления*	Клинические руководители
Научно-исследовательские институты	Профсоюзы медицинских работников*	Группы контроля качества
Закупочные учреждения	Профессиональные ассоциации работников здравоохранения*	Общинные и социальные работники
Фонды медицинского страхования		
Медийно-коммуникационные структуры		
Институты общественного здравоохранения		
Статистические агентства		

Примечание. Распределение по уровням обусловлено местом приложения основных функций действующих субъектов. Субъекты отмечены знаком (*) в случаях, когда их сфера деятельности отличается от их статуса в качестве национальных, региональных или местных органов. Например, органы аккредитации, в большинстве своем выступающие как субъекты национального уровня, выполняют предписанную работу на субнациональном уровне.

Таблица 2.4 Роль макро-, мезо- и микроуровневой услуг в процессах ПУЗ

Процессы ПУЗ	Макроуровень: системный	Мезоуровень: организационный	Микроуровень: клинический
Отбор услуг	+++	++	+
Разработка услуг	+++	++	++
Организация поставщиков	++	+++	+
Руководство оказанием услуг	+	+++	++
Улучшение показателей деятельности	++	++	+++

Примечание: знаки (+) проставлены в соответствии со шкалой, где (+++) обозначает наибольшую, а (+) наименьшую роль и степень ответственности. Данное ранжирование имеет относительный характер и основано на общих тенденциях процессов, которые описаны ниже..

Процессы предоставления услуг здравоохранения

Описание и спецификация пяти центральных процессов (отбор, планирование, организация, управление и улучшение показателей работы) основаны на определении приоритетности характеристик, прорабатываемых в странах или продемонстрированных в литературе. Систематизация факторов, описывающих каждый из процессов, не носит исчерпывающего характера. Также то, «кем» (какими участниками) и «где» (на каком уровне) осуществляются процессы обслуживания, отражает общие тенденции и в конечном итоге может быть правильно интерпретировано только при учете конкретного контекста.

Отбор услуг

Определение приоритетности услуг здравоохранения для четко обозначенных групп населения в целях социально справедливого повышения уровня, поддержания и восстановления здоровья на всех этапах жизни, с обеспечением широкого диапазона услуг, включая охрану и укрепление здоровья, профилактику, диагностику, лечение и ведение случаев болезней, долгосрочный уход, реабилитацию и паллиативную помощь, в соответствии с индивидуальными и общественными потребностями. Адаптировано из [48, 63].

В процессе отбора услуг необходимо обратить внимание на приоритизацию тех услуг здравоохранения, которые должны быть предоставлены целевой группе населения для удовлетворения ее медико-санитарных потребностей с учетом детерминант здоровья. Содержание помощи можно описать как набор ключевых вмешательств, оказываемых всему населению и индивидуально на основе научно обоснованных, высокоэффективных, рентабельных, доступных по цене, приемлемых и практически осуществимых услуг, которые имеют важнейшее значение для достижения ожидаемого улучшения показателей здоровья [95]. Так, например, выявление и лечение артериальной гипертензии является важнейшей услугой для улучшения показателей здоровья системы кровообращения, а повышение налога на табак – важнейшим вмешательством на популяционном уровне в борьбе против онкологических заболеваний, связанных с курением. В отдельных случаях при отборе ключевых услуг необходимы компромиссы. Например, при дефиците ресурсов неизбежно требуется расставлять приоритеты при определении того, на какие услуги следует в первую очередь выделять средства [1].

Отбор услуг в идеальном случае следует осуществлять на основе выявленных медико-санитарных потребностей населения при одновременном соблюдении принципа социальной справедливости и учета рисков и уязвимостей различных популяционных групп [7, 63]. Поскольку здоровье определяется совместным воздействием множества факторов, перед здравоохранением стоит задача предоставить широкий диапазон вмешательств, в некоторых случаях одновременно, как при оказании помощи в индивидуальном эпизоде, так и с учетом суммарного эффекта на протяжении всей жизни. Это является дополнением к регулярному поддержанию здоровья и благополучия. Считается, таким образом, что при выборе услуг руководством является ориентированность на человека и на удовлет-

ворение всех медицинских потребностей – в противоположность программам борьбы с конкретными болезнями, которые делают акцент на отдельных услугах, актуальных применительно к той или иной патологии. Реализация этого принципа на практике требует активного вовлечения пациентов, их семей и лиц, обеспечивающих уход, в процессы принятия решений относительно здоровья и рассмотрение доступных вариантов на основе их ценностей и предпочтений (96).

В Европейском регионе ВОЗ государства-члены выдвинули ряд инициатив по укреплению процессов отбора услуг. Примерами являются Сербия, где в набор услуг для ухода за пациентами в терминальных стадиях заболеваний включена паллиативная помощь, а также Швейцария и Нидерланды, где услуги реабилитации и трудотерапии применяются при улучшенных исходах лечения. В различных странах в соответствии с потребностями населения уделяется особое внимание вопросам укрепления здоровья и профилактики заболеваний с обеспечением широкого спектра услуг на местном уровне, направленных на формирование более здорового образа жизни (97).

Такое смещение основного акцента в оценке потребностей населения продемонстрировало большой потенциал для достижения синергий с услугами за пределами здравоохранения, в частности в секторах социальной поддержки и образования (59). В ряде стран введены в действие межсекторальные подходы. Так, например, в Боснии и Герцеговине действуют комплексные центры детского развития, в которых наряду с предоставлением услуг по уходу за детьми в дневное время проводятся курсы для родителей (98). Аналогичным образом в Бельгии и Кипре услуги укрепления психического здоровья сочетают, как в острых, так и в хронических случаях, с мерами социальной поддержки и оказанием помощи на уровне местных сообществ (например, в плане трудоустройства).

Опираясь на приведенный опыт и литературные данные, отбор услуг для населения можно определить как сформированный набор прав на помощь с учетом имеющегося спроса и потребностей, при соблюдении принципа социальной справедливости; отбор индивидуальных услуг – как спецификацию медицинских услуг в их тесной взаимосвязи, включая защиту и укрепление здоровья, профилактику, диагностику и лечение болезней, ведение случаев, долгосрочный уход, реабилитацию и паллиативную помощь.

В то время как роль и ответственность субъектов, обычно участвующих в отборе услуг, распределены по уровням обслуживания, преобладающую роль, по всей вероятности, играет макроуровень. Принимаемые решения распространяются в системе в нисходящем направлении, и на клиническом микроуровне происходит определение того, какие услуги доступны для осуществления процесса отбора с участием пациентов в целях предоставления индивидуального пакета услуг. Тем не менее первоначальные решения, принимаемые национальными субъектами, такими как министерство здравоохранения с его координирующей ролью и другие государственные учреждения, служат основанием для определения основного комплекта услуг. Этот процесс должен отражать приоритеты и потребности населения, в согласовании и с учетом соображений, получаемых от структур медицинского страхования, финансов и других секторов.

Права на получение услуг

Разработка пакета услуг и определение прав определяют процесс формирования базового набора вмешательств, предоставляемых всем людям в соответствии с их потребностями. На основе подтвержденной эффективности и практической

Какие популяционные вмешательства и индивидуальные услуги предоставляются в составе социального пакета?

Таблица 2.5 Примеры параметров, используемых для отбора услуг

Параметр	Пример индикатора
Распределение рисков и потребностей населения	Степень использования информации здравоохранения, а также административных и демографических данных в ежегодных процессах пересмотра и планирования, направленных на повышение уровня социальной справедливости и увеличение объема ресурсов в поддержку незащищенных групп и сообществ (48) Степень использования планирования на основе сценариев при отборе услуг (48)
Индивидуальные риски и потребности	Используется ли медицинская документация пациентов, получаемая от врачей общего профиля, для определения потребностей и приоритетов в области здравоохранения? (68)

реализуемости (100) предложен минимальный набор основных популяционных вмешательств и индивидуальных медицинских услуг в таких областях, как неинфекционные заболевания (17), туберкулез (99), ВИЧ/СПИД(19), а также здоровье матери и ребенка (20). Следует отметить, что процесс формирования базового пакета прав на услуги базируется на оценочных суждениях; при этом директивные органы устанавливают стратегическую позицию и социально справедливые механизмы для гарантированного доступа к медицинским услугам в условиях конкурирующих приоритетов.

Определению набора прав способствуют такие инструменты, как Пакет основных мероприятий ВОЗ в области неинфекционных заболеваний в рамках первичной медико-санитарной помощи (100) или стратегии борьбы с конкретными болезнями, рекомендуемые набор базовых услуг. Использование текущих данных о населении и прогнозов в отношении демографической статистики и бремени болезней наряду с данными, собираемыми посредством вовлечения пациентов и общин, позволяет сформировать основной пакет услуг, адаптированный к местным условиям.

Оценка медико-санитарных потребностей населения

Оценка медико-санитарных потребностей конкретной группы населения в разбивке по эпидемиологическим, демографическим и географическим переменным рассматривается в качестве предпосылки для планирования и определения направленности услуг с целью удовлетворения потребностей и активного сокращения известных факторов риска (59, 61, 101–103). Акцент на здоровье населения наряду с другими аспектами планирования, такими как финансовые ресурсы, персонал, лекарства и расходные материалы (см. управление обслуживанием), гарантирует обеспечение пакета услуг, адаптированного для определенного населения (1).

Стратификация населения и прогностические модели рисков, относящиеся к использованию медицинских услуг, предоставляют жизненно важную информацию для приоритизации активных вмешательств в отношении различных слоев населения на основе показателей их здоровья и известных рисков (104, 105). Эти подходы изменяют перспективу отбора услуг, смещая акцент с «пациента» на «население», способствуя рассмотрению индивидуальных потребностей целостно и в долгосрочной перспективе, а не в форме изолированных острых эпизодов (106). Таким образом, проактивный отбор услуг широко признан как средство сокращения диспропорций и вклад в улучшение показателей здоровья (50, 61, 103, 105, 107).

Каковы потребности, факторы риска и известные уязвимости применительно к определенной группе населения, для которой предназначены услуги здравоохранения?

Проведение стратифицированной оценки потребностей и рисков конкретных групп населения доказало свою эффективность на международном уровне, например в широко признанной деятельности медико-страховой организации «Кайзер Перманенте» в США (108), которая применяет «пирамиду помощи» и проводит активные вмешательства на базе местных сообществ в соответствии с тремя уровнями сложности (109). Подобные примеры есть в Европейском регионе ВОЗ: модель прогностической стратификации риска PRISM, применяемая в Уэльсе (107), программа «Скорректированные клинические группы» в регионе Венето, Италия, а также популяционная пирамида, лежащая в основе стратегии борьбы с хроническими заболеваниями в Стране Басков (106) (вставка 2.1). В этих моделях предусмотрено проведение оценки медицинских потребностей населения в разбивке по демографическим параметрам и элементам клинической документации пациентов в целях предоставления адресных услуг и укрепления профилактики.

Важно, что эти и подобные методики в значительной мере зависят от устанавливаемых системой здравоохранения механизмов получения необходимых данных (например, данные демографической статистики и переписей, по которым определяют плотность населения, возрастную структуру, доход и семейное положение; данные электронных медицинских карт или выставленных поставщиками счетов, позволяющие оценить уровень использования услуг; опросы пациентов; показатели хронической заболеваемости; сведения о доступности ресурсов здравоохранения) (об информационных системах – см. раздел третий).

Вставка 2.1 Стратификация населения для борьбы с хроническими заболеваниями в Стране Басков

Страна Басков – одна из семнадцати автономных провинций Испании. В 2009 г. баскское правительство приступило к реализации общесистемной стратегии борьбы с хроническими заболеваниями в ответ на проблему старения населения и растущего бремени хронической патологии. Стратегия основана на реализации четырнадцати среднесрочных вертикальных проектов, основанных на продвижении инициатив «сверху вниз» и «снизу вверх» по совершенствованию услуг профилактики и укрепления здоровья, автономии пациента, непрерывности оказания помощи и адаптированным вмешательствам. Прежде всего, эти усилия ориентированы на население посредством стратификации и адресного подхода (106). В 2010 г. в рамках реализации первой приоритетной области был разработан статистический инструмент, позволяющий учитывать данные по потреблению лекарств, госпитализации, диагнозам на уровне первичной и специализированной помощи, а также социально-демографические данные каждого пациента. С помощью инструмента высчитывается прогностический индекс, определяющий положение каждого человека на шкале риска для оказания необходимой помощи (110). Эта методика на основе прогнозирования потребностей призвана обеспечивать максимально эффективную мобилизацию ресурсов, предотвращать развитие клинических осложнений и переориентировать подходы, смещая акцент с пациента на население. К 2013 г. из более 860 000 хронически больных в Стране Басков 50 000 были систематизированы, отобраны и распределены по группам в зависимости от уровня риска для отбора вмешательств в адаптированных популяционных планах, составляемых на уровне действующих местных «микросистем». (111).

Какие медико-санитарные вмешательства, включая услуги по защите и укреплению здоровья, профилактике, диагностике и лечению болезней, ведению случаев, долгосрочному уходу, реабилитации и паллиативной помощи, проводятся в соответствии с популяционными и индивидуальными потребностями?

Типы услуг

Типы доступных вмешательств исторически диктуются главным образом индивидуальными острыми эпизодами оказания клинической помощи (50). Этот оперативный метод все более противоречит наблюдаемым тенденциям заболеваемости, включая возрастающее бремя хронических болезней, НИЗ и множественных патологий, что убедительно свидетельствует о разнообразии медицинских потребностей и необходимости мобилизовать спектр комплексных услуг на всех этапах жизни (7, 63).

Отбор услуг для удовлетворения основной части индивидуальных и общественных потребностей следует дифференцировать для разных уровней оказания помощи, поскольку различные стадии развития болезни требуют соответствующих типов услуг и компетенций поставщиков (95). Примерами средств для содействия процессу определения клинических рисков и отбору индивидуальных услуг являются инструменты скрининга и индивидуальной клинической оценки рисков. В таких странах, как Норвегия (вставка 2.2), Литва и Мальта, проведены реформы в области предоставления услуг, обеспечивающие создание механизмов отбора комплексного пакета услуг согласно индивидуальным потребностям.

Вставка 2.2 Комплексные центры укрепления здоровья и профилактики хронических заболеваний в Норвегии

Центры здоровой жизни действуют при поддержке со стороны Директората здравоохранения с 2004 г. в качестве учреждений первичной медико-санитарной помощи, предоставляющих услуги профилактики. Планирование и руководство работой центров осуществляется на муниципальном уровне (112). Такие центры в настоящее время развернуты более чем в 200 муниципалитетах по всей стране и направлены на поддержку здорового образа жизни за счет расширения и активизации услуг профилактики и лечения болезней (113). Вмешательства, проводимые в центрах, отвечают конкретным потребностям населения муниципальных округов. В целом, эти объекты расширили спектр оказания помощи, включив такие услуги, как консультирование по проблемам употребления наркотиков и алкоголя, помощь в отказе от курения, консультирование по вопросам питания и оптимизации веса тела, лечения диабета, поддержка в преодолении депрессии, содействие физической активности и фитнес-услуги (114). Комплексный пакет услуг определяется в соответствии с индивидуальными потребностями и предоставляется посредством индивидуальных консультаций, групповых занятий или направления в местные структуры, такие как центры досуга и спортивные организации. Проведенные на сегодняшний день оценки выявили положительные сдвиги в показателях субъективного самочувствия и сокращение связанных с ожирением факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний благодаря услугам физической подготовки для взрослого и пожилого населения (115).

Разработка услуг

Разработка услуг – это процесс установления стандартных маршрутов оказания помощи, систематизирующих направления, по которым предоставляются отобранные услуги в соответствии с наилучшими имеющимися фактическими данными. Спектр клинических и неклинических услуг, задействованных в ответ на индивидуальные медицинские потребности, часто весьма разнообразен, в связи с чем у пациентов есть реальная возможность запутаться в системе. В процессе разработки услуг необходимо это учитывать, соответствующим образом персонализируя маршрут и последовательность оказания помощи для оптимального удовлетворения индивидуальных потребностей.

Научно обоснованные руководящие принципы и протоколы играют важную роль в процессе разработки услуг, поддерживая осознанное и четкое использование наилучших имеющихся данных в принятии решений при предоставлении услуг (111). Установлено также, что рационально спланированные услуги вносят вклад в улучшение обслуживания, в частности сводя к минимуму разнородность в содержании и механизмах оказания базовых видов помощи, содействуя более полному соблюдению руководящих принципов и протоколов, а также обеспечивая расширение использования услуг по всей цепочке оказания помощи, в частности в контексте общественного здравоохранения, социальных услуг и паллиативной помощи.

В разработке услуг действующие субъекты национального уровня вновь играют ключевую роль в принятии, адаптации и установлении национальных стандартов в формате руководств и протоколов, обеспечивающих унифицированное предоставление услуг в соответствии с наилучшими имеющимися фактическими данными. Ключевую роль в разработке услуг в клинической практике играют субъекты мезоуровня, которые руководят осуществлением программных и организационных подходов, включающих обеспечение благоприятных условий для переходов пациентов между звеньями оказания помощи. На микроуровне разработка услуг основана на адаптации стандартов услуг в процессе разработки индивидуализированных планов оказания помощи и прогнозирования переходов пациентов на другие звенья обслуживания. На практике этот процесс должен быть направлен на развитие навыков граждан для активного участия в управлении их собственным здоровьем (96).

Разработка маршрутов обслуживания, которые стандартизируют порядок предоставления услуг в соответствии с наилучшими имеющимися фактическими данными, обозначая переходы между типами и уровнями помощи и в то же время обеспечивая возможность персонализации маршрутов применительно к индивидуальным потребностям; адаптировано из (41).

Таблица 2.6 Примеры параметров, используемых при разработке услуг

Параметр	Пример индикатора
Наличие плана оказания помощи	Выписка из стационара пациентов, перенесших инсульт, с предоставлением им единого плана социальной и медицинской поддержки
Наличие диспетчерской функции	Частота прямых обращений пациентов к специалистам, минуя врача общей практики
Наличие координатора медицинской помощи	Численность персонала и работников клинического профиля, чьи функции в первую очередь заключаются в координации услуг, предоставляемых пациентам разными поставщиками
Последующее наблюдение после выписки из стационара	Доля перенесших инсульт пациентов, прошедших вторичное обследование через 4–8 месяцев после первоначальной госпитализации
Переход к реабилитации	Доля пожилых людей (65 лет и старше), которым были предложены услуги реабилитации после выписки из больницы скорой медицинской помощи или общего профиля
Оказание помощи на этапе выписки из стационара	Выписка из стационара пациентов, перенесших инсульт, с предоставлением им единого плана социальной и медицинской поддержки
Наличие единого плана оказания последующей помощи	Предоставление или координация определенной доли рекомендованных профилактических услуг
Назначение индивидуального сотрудника для связи пациента с учреждением	Доля перенесших инсульт пациентов или ухаживающих за ними лиц, в помощь которым после выписки предоставляют специального сотрудника для связи с учреждением

Источник: адаптировано из (69).

Стандартизованы ли услуги в соответствии с наилучшими имеющимися фактическими данными и со спецификацией для оптимального удовлетворения медико-санитарных потребностей?

Стандартизация практики

Стандартизация практики основана на таких инструментах, как клинические руководства и протоколы, содержащие информацию для принятия решений, направленных на наилучшее предоставление услуг. Посредством стандартизации практики клинические решения могут быть оптимизированы с целью продвижения вмешательств с доказанной пользой и исключения всех прочих, а также для разъяснения путей их надлежащего использования в конкретном контексте (63, 116, 117).

Недостаточное или ненадлежащее использование научно обоснованных клинических руководств приводит к систематическому и неоправданному разнообразию в медицинской практике; это подчеркивает важность наличия реальных обновленных ресурсов для содействия в удовлетворении индивидуальных потребностей (118, 119). Стандартизация клинической практики также подтвердила свою важную роль в разъяснении функций и конкретных обязанностей медицинского персонала (53, 103); она имеет принципиальное значение для совместного принятия решений, поддержки междисциплинарных действий и оказания помощи при множественной патологии, требующей индивидуализированных и параллельно предпринимаемых вмешательств. Аналогичным образом лечебные рекомендации и схемы признаны важным ресурсом для преодоления клинической инерции, поскольку они способствуют прояснению того, когда инициировать или активизировать услуги и как избегать ошибок.

Достижения в биомедицинских исследованиях и информационных технологиях значительно увеличили возможности для определения наиболее эффективной клинической практики. Стандартизированные методики, такие как инструмент оценки руководств AGREE (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation), помогают стандартизировать процессы разработки руководств по различным аспектам клинической практики (120). Однако, по мере нарастания темпов накопления новых знаний за счет современных методов исследования, поставщикам услуг становится все труднее усваивать и внедрять наилучшие имеющиеся фактические данные в практику. Поэтому все более важной задачей сферы предоставления услуг становится систематическое отслеживание процесса генерирования фактических данных и претворение новой информации в практику с учетом уже существующих стандартов (117). Все в большей степени эти ресурсы компьютеризируются и предлагаются в качестве электронных алгоритмов, сигнализаторов и других вспомогательных средств для облегчения принятия клинических решений; прогнозируется дальнейший рост их использования в клинической практике (121). Соблюдение стандартов и внедрение новых технологий в требуемом масштабе во многом зависит от ресурсного обеспечения системы здравоохранения (см. раздел третий: ресурсное обеспечение; информационные системы).

Обновление и дальнейшее практическое внедрение клинических руководств, протоколов и других инструментов стандартизации услуг является приоритетом для многих государств-членов. Так, например, в Республике Молдова отсутствие своевременных и правильных мер скрининга и профилактики детской заболеваемости на уровне первичного звена было признано ключевым фактором роста младенческой смертности от поддающихся лечению и предотвратимых заболеваний (122) (вставка 2.3). Одним из основных компонентов принятой комплексной стратегии стал пересмотр услуг в целях оптимизации вмешательств, практическим воплощением которого явилось упрощенное клиническое руководство для вновь подготовленных медицинских работников первичного звена. Эта мера оказалась эффективной в продвижении своевременного и надлежащего использования вмешательств с доказанной выгодой.

Вставка 2.3 Интегрированное ведение болезней детского возраста: внедрение руководства в Республике Молдова

В начале 2000-х годов в Республике Молдова высокие показатели младенческой смертности от предотвратимых во многом причин в сочетании с импульсом, который дали Цели развития тысячелетия, вывели вопрос об интегрированном ведении болезней детского возраста на приоритетные позиции на национальном уровне [122]. Неотъемлемой частью принятой национальной стратегии была адаптация протоколов и руководства по скринингу в целях облегчения использования этих ресурсов. Важность реформирования в данной сфере была подтверждена результатами предварительных оценок, выявивших дефицит своевременности и точности мер скрининга и профилактики, в результате чего во многих случаях пациенты поступали на лечение в поздних стадиях заболевания. При дальнейшем изучении вопроса оказалось, что, по мнению медицинских работников, руководящие указания «излишне усложнены» и их применение представляет собой весьма трудную задачу. Меры, принятые для упрощения норм и руководящих указаний, были нацелены на сведение диапазона симптомов к абсолютному минимуму наиболее важных факторов, необходимых для оценки состояния пациента в рамках регулярного мониторинга на местном уровне. Пересмотр также преследовал цель ограничить необходимость в лабораторных исследованиях и дополнительном оснащении. В процессе упрощения рекомендуемые вмешательства были систематизированы по трем группам в зависимости от тяжести состояния ребенка: при необходимости немедленной госпитализации, при возможности амбулаторного лечения или при наличии показаний для специализированной помощи на дому. Этот подход привел к более полному соблюдению рекомендаций медицинскими работниками, а также к улучшению исходов: реагирование на выявляемую у детей симптоматику стало осуществляться более своевременно, снизился риск госпитализации и уменьшилось число детей, госпитализированных на поздних стадиях заболевания [123].

Маршруты пациентов

Определяя последовательность и сроки проведения вмешательств, маршруты предоставления услуг способствуют минимизации задержек и максимально эффективному использованию ресурсов при наивысшем качестве [124]. Это достигается путем открытого предоставления наглядных и стандартизированных схем прохождения пациента через этапы обслуживания. Планирование маршрутов может помочь в учете динамики услуг, например их сочетаемости и взаимного влияния, преимуществ и недостатков в рамках конкретной последовательности.

В контексте растущего бремени множественной патологии и хронических состояний, все чаще требующих параллельного применения множественных лекарственных средств и комбинирования схем лечения и реабилитации, ключевой задачей, стоящей перед сферой предоставления медицинских услуг, является способность адаптировать маршруты оказания помощи в целях оптимального удовлетворения потребностей лиц с множественными заболеваниями. Это предполагает применение стандартизированных протоколов услуг и в то же время предоставление индивидуализированной помощи путем учета состояния и предпочтений пациента в процессе составления персонального плана лечения [53, 103, 116].

Переходы

Переходы между типами и условиями обслуживания определяют четкие критерии, направляющие изменение или одновременное предоставление услуг по типам и условиям для бесперебойного непрерывного оказания помощи, необходимой конкретному пациенту. Под переходами часто понимается линейный процесс,

Установлены ли маршруты, определяющие порядок предоставления услуг, условия оказания помощи и вовлеченных поставщиков как для конкретного эпизода обслуживания, так и для их последовательности во времени?

Как связаны услуги между поставщиками здравоохранения и между условиями обслуживания при разовом эпизоде оказания помощи и с течением времени?

в котором пациент «переходит» от одного поставщика к другому. На практике эти переходы обычно включают серию направлений и обратных направлений с параллельным использованием услуг в разнообразных условиях, что требует принятия чрезмерно сложных мер для обеспечения одновременного предоставления услуг и беспрепятственного перемещения между поставщиками услуг.

Стратегии «уплотнения» связей между услугами для их бесперебойного предоставления могут предусматривать оптимизацию систем направления и обратного направления, обеспечивая обратную связь между различными условиями обслуживания и учреждениями, вовлеченными в процесс предоставления услуг, для поддержки надлежащей последовательности мер оказания помощи (125). Планирование систем направлений и обратных направлений нацелено в конечном счете на повышение качества и рациональности услуг посредством обеспечения условий для получения людьми надлежащей и хорошо координированной помощи. Системы направлений также способствуют повышению эффективности, сводя к минимуму необоснованные вмешательства и дублирование.

Доступ к услугам на основе выдаваемого направления является одной из стратегий управления переходами, широко применяемой в Регионе, особенно это относится к переходам от первичной к вторичной помощи. В некоторых случаях первичная помощь берет на себя диспетчерскую функцию, контролируя доступ к другим услугам в целях сокращения избыточного использования более специализированной помощи. В таком случае службы первичной помощи берут на себя ответственность не только за собственные услуги, но и за предоставление доступа к более специализированной помощи путем выдачи целевых направлений (80), чтобы пациент мог обратиться к наиболее подходящему поставщику (116). Переходы обусловлены наличием четко определенных ролей и сфер практики для различных поставщиков применительно к услугам профилактики, укрепления здоровья, диагностики и лечения болезней в пределах одного или нескольких уровней оказания помощи.

Общепризнано, что некоординированные переходы являются одной из ключевых причин низкого качества медицинского обслуживания (71, 86): фрагментированные услуги с недостаточным уровнем координации малоэффективны и даже могут наносить вред пациентам (70) вследствие, например, дублирования диагностических обследований, неправильного лечения и временами осуществления вмешательств, которые носят не дополняющий, а разнонаправленный характер (71). В ряде исследований продемонстрирована положительная связь между повышением уровня координации и показателями здоровья, уровнями охвата и качеством услуг (72–76). Было показано, что оптимизация последовательности в оказании помощи с течением времени повышает непрерывность предоставления услуг, сокращает уровень госпитализаций (85), содействует выявлению побочных эффектов при медицинских вмешательствах и более действенному использованию профилактических услуг (7).

Также было продемонстрировано, что многопрофильный подход к планированию переходов между услугами применительно к эпизоду оказания помощи – это эффективное средство развития партнерств в предоставлении услуг (126, 127, 127). Так, например, в Ирландии в рамках инициативы, направленной на сокращение неоправданных госпитализаций, были внедрены новые клинические алгоритмы для оказания помощи госпитализированным пациентам в целях оценки возможности ранней выписки при последующей координации с участковыми медицинскими сестрами, оказывающими помощь на дому (вставка 2.4). В стандартную процедуру выписки из стационара было включено проведение совместной консультации с участием сотрудников больницы, участковой медицинской сестры, пациента и лица,

обеспечивающего уход за ним, для обсуждения лечебных потребностей и выработки индивидуального плана оказания помощи пациенту после его возвращения домой.

Опыт государств-членов также подтверждает роль координаторов оказания помощи в «заполнении пробелов» и предоставлении необходимой информации об отзывах, навыках и предпочтениях индивидуума для составления персонализированных планов лечения. Координаторы оказания помощи часто выступают в качестве местных представителей для надзора за ходом оказания помощи пациентам, помогая в обеспечении переходов с надлежащим ведением в соответствии с лечением и содействуя предоставлению услуг санитарного просвещения.

Вставка 2.4 Работа общинных медицинских сестер в Ирландии в целях обеспечения ранней выписки из стационаров после острых заболеваний

Caredoc – это региональная инициатива, направленная на оптимизацию вмешательств на местном уровне и сокращение неоправданных госпитализаций. Включает работу «групп общинных вмешательств» в поддержку ранней выписки пациентов с обеспечением дальнейшей помощи на дому силами перепрофилированных общинных медицинских сестер. Группы общинных вмешательств, члены которых прошли подготовку по вопросам общественного здравоохранения и медицинской помощи при острых состояниях, ведут по направлениям из стационаров реестр пациентов, которые имеют показания для стандартизированной ранней выписки. До выписки в сотрудничестве между пациентом, медицинскими работниками стационара и назначенной общинной медицинской сестры составляется индивидуализированный план предоставления услуг за пределами стационара. На встрече заинтересованных сторон обсуждается вся информация, относящаяся к требованиям по лечению, которая не зарегистрирована в документации пациента, так чтобы индивидуальные цели, потребности и сведения, сообщаемые медицинскими работниками, были хорошо поняты и задокументированы.

Организация поставщиков

Организация поставщиков определяется как структура и распределение действующих сил и технических средств системы – кем и где предоставляются услуги, – с тем чтобы отобранные услуги и планирование оказания помощи соответствовали организации кадров здравоохранения и условиям, в которых они работают. Таким образом, организация поставщиков – ключевой фактор, определяющий то, как будет реализован план оказания помощи (22).

В связи со значимостью событий, происходящих в течение жизни, и широким спектром оказываемых услуг свой важный вклад в их предоставление вносит столь же широкий круг поставщиков, организаций и учреждений (2, 21, 103). Для удовлетворения медико-санитарных потребностей индивидуума могут понадобиться многочисленные поставщики в различных условиях и с различными функциями, такими как диагностические консультации, разработка планов лечения, консультирование, реабилитация и др. (2).

Устранение профессиональной изоляции и содействие полноценному сотрудничеству – это важные факторы в организации поставщиков, которая не сводится лишь к определению уровней оказания помощи (например, первичная или вторичная помощь), а требует учета широкого круга профессиональных работников здравоохранения, включая также неформальных или добровольных поставщиков услуг и группы социальной помощи (65, 128, 129).

Организация кадров здравоохранения, обеспечивающая распределение профессиональных функций и сфер практики в соответствии с отобранными услугами и их планированием, а также организация конкретных условий оказания помощи и форматов практики, при которых услуги предоставляются в оптимальном режиме; адаптировано из (47, 49, 63).

Укрепление организации поставщиков требует действий на макро-, мезо- и микроуровнях предоставления услуг и с учетом надлежащей законодательной базы, в то же время субнациональные участники играют весьма значительную роль в создании условий в данном регионе или для данной группы населения в плане предоставления услуг.

Таблица 2.7 Примеры параметров, используемых для оценки организации поставщиков

Параметр	Пример индикатора
Многопрофильные бригады	Степень осуществления систематической совместной согласованной работы врачей и другого персонала по оказанию помощи пациентам и их семьям [130–132]
Координация между медицинскими и социальными службами	Число и значимость формальных партнерств / договоров сотрудничества на уровне сообщества [133, 134]
Коммуникация между стационарными и амбулаторными службами/ работниками	Частота консультаций, проводимых врачами стационаров для амбулаторных врачей по ведению случаев заболеваний после выписки из стационара
Организация врачей общего профиля	Число врачей общего профиля, приходящихся на определенную численность обслуживаемого населения
Услуги на базе местной общины	Доля пожилых людей (65 лет и старше), которые все еще находились в домашних условиях (не были вновь госпитализированы) через 91 день после выписки из стационара с направлением на услуги реабилитации

Источник: адаптировано из [69].

Роль и сфера практики

Какие роли/функции и сферы практики определены для поставщиков услуг?

Национальные законы и нормативы определяют минимальные стандарты процедур, действий и вмешательств, которые кадры здравоохранения должны осуществлять (6), иными словами, их функции и сферу практики. С учетом того, что кадровые ресурсы здравоохранения являются неотъемлемой частью всего комплекса медицинских услуг, стратегическая разработка функций и сферы практики – это ключевой фактор в решении ряда оперативных задач. Так, например, дисбаланс в распределении поставщиков по географическим, квалификационным или институциональным категориям влияет на квалификационную структуру кадров, что может негативно воздействовать на различные аспекты доступа к услугам [135]. Перед руководителями стоит задача адаптации и развития нормативной базы, которая бы создавала необходимые условия, для того чтобы функции и сфера практики кадров здравоохранения оптимальным образом соответствовали медико-санитарным потребностям.

Профессиональные функции могут меняться различным образом, в частности путем расширения сферы обязанностей или развития навыков для новых или усложненных профессиональных ролей, путем охвата смежных профессиональных областей, замены одного типа работников на другой, введения новых квалификационных единиц в номенклатуру специальностей [135]. Эти изменения в различной степени освещены в литературе, продемонстрирован их полезный эффект в отношении процессов оказания помощи [136].

Условия обслуживания

В каких учреждениях, подразделениях, организациях предоставляются услуги здравоохранения?

Условия обслуживания определяются как система размещения поставщиков в различных учреждениях, подразделениях или организациях, где предоставляются услуги здравоохранения для конкретных групп населения. Условия предоставления

услуг характеризуются определенными параметрами, включая доступность услуг, вследствие чего недостатки в распределении кадровых ресурсов по условиям предоставления помощи создают барьеры для адекватного удовлетворения местных потребностей (11).

В свете современных тенденций, в том числе демографических изменений, сокращения мощности стационаров и менее длительного пребывания людей на больничной койке, в различных странах Региона были разработаны стратегии для реорганизации условий оказания помощи с созданием новых точек обслуживания, в том числе таких, как помощь на дому, общинные центры и мелкие больницы, центры неотложной помощи и аптеки. Изменения в условиях обслуживания также ускоряются под воздействием развития технологий, что позволяет проводить более инвазивные процедуры в неспециализированных учреждениях и с большей степенью вовлеченности пациентов и лиц, осуществляющих уход.

Появление новых лекарственных средств позволяет наращивать объемы оказания помощи на дому в сочетании с более ранней выпиской из стационара. Так, например, в Болгарии создание центров помощи на дому направлено на улучшение организации вмешательств с целью обеспечить доступ пожилых лиц и пациентов со множественной патологией к услугам здравоохранения и социальной поддержки на уровне сообщества (вставка 2.5). Осуществляя привязку к традиционной роли «помощников по дому», центры помощи на дому зарекомендовали себя в качестве эффективного механизма для предоставления социальной поддержки и услуг по ведению случаев заболеваний.

Другие стратегии, применяемые в Регионе и направленные на то, чтобы улучшить организацию условий предоставления помощи, предусматривают совместную локализацию услуг: перемещение услуг для создания общих условий для оказания помощи, например создание амбулаторного кабинета больницы в учреждении первичной медико-санитарной помощи. В Одессе, Украина, созданы кабинеты тройного профиля, которые «под одной крышей» предоставляют услуги для пациентов с ВИЧ и туберкулезом, а также оказывают поддержку потребителям инъекционных наркотиков. Эта служба действует на базе областного противотуберкулезного диспансера, в котором оборудованы три смежных кабинета, предоставляющие набор амбулаторных услуг, которые ранее оказывались в отдельных учреждениях.

Вставка 2.5 Создание центров медицинской помощи на дому в Болгарии в целях улучшения доступа к медицинскому обслуживанию по месту жительства

За последние девять лет Болгарский Красный Крест организовал 12 центров медицинской помощи на дому для улучшения предоставления услуг лицам пожилого возраста и пациентам со множественной патологией по месту их проживания. В центрах медицинской помощи на дому работают медицинские сестры и помощники по дому, которые предоставляют услуги первичной медико-санитарной помощи и социальной поддержки, и это помогает пациентам в удовлетворении их потребностей, повышает их потенциал самопомощи и мотивирует к приложению усилий для достижения большей повседневной самостоятельности.

Форматы практики

Форматы, или модели, практики – это совокупность факторов рабочей среды, в которой трудятся медицинские работники. Практика может быть структурирована различным образом – от одиночной до групповой, где вместе работают несколько или множество поставщиков. Каждый формат различается в той степени, в какой

Какова структура практики, в рамках которой организованы кадры здравоохранения?

поставщики взаимосвязаны в решении совместных клинических целей, планировании помощи, предоставлении услуг или оценке показателей деятельности.

Реконфигурация форматов практики в целях укрепления взаимодействий между работниками здравоохранения позволяет улучшать обмен клинической информацией (62), повышать уровень координации услуг (137, 138), степень удовлетворенности пациентов (139) и итоговые показатели лечебной работы (139). Практические форматы, которые способствуют регулярным междисциплинарным обменам, также вносят вклад в консолидацию клинических компетенций, развитие межличностных взаимоотношений и взаимного уважения среди медицинских работников (140).

Результаты растущего количества интервенционных исследований показывают улучшения, обусловленные деятельностью многопрофильных бригад в пределах и между уровнями оказания помощи (141). В условиях, когда одним из основных факторов, обуславливающих проблемы в предоставлении широкого круга услуг, является дефицит времени у врача, важным средством преодоления этих недостатков является организация бригад первичной помощи с включением в них таких сотрудников, как помощники врача, медицинские сестры, диетологи, работники по санитарному просвещению и методисты без специального образования (75, 142). Многопрофильная организация труда также способствует развитию культуры коллективной работы в противоположность более традиционным иерархическим профессиональным структурам и изолированности в предоставлении услуг (103, 143).

В ряде стран Региона широко внедряется реорганизация структур практики, включая использование многопрофильных бригад, в состав которых входят семейные врачи, медицинские сестры, диетологи, социальные работники, фармацевты, физиотерапевты, представители служб социальной помощи и другие категории работников (68). Так, в Австрии для гериатрических пациентов и в Нидерландах для лиц с онкологическими заболеваниями используются многопрофильные бригады реабилитационной помощи. Это позволило расширить сферу услуг и сократить уровень повторных госпитализаций. В Кипре предприняты аналогичные усилия по расширению сферы услуг и в поддержку оказанию помощи на местном уровне применительно к службам охраны психического здоровья. Этой цели служат многопрофильные бригады медиков, включая психиатров, трудотерапевтов, психологов и патронажных медицинских сестер по охране психического здоровья (вставка 2.6). Сокращение уровня госпитализаций психиатрических пациентов с течением времени стало стимулом для дальнейших инвестиций в оказание помощи на уровне местных сообществ и развитие амбулаторных кабинетов.

Руководство оказанием услуг

Планирование, составление бюджета, распределение ресурсов, контроль за осуществлением и мониторинг результатов для поддержания определенной степени последовательности и порядка предоставления услуг и, при необходимости, принятие мер, направленных на решение проблем и устранение недостатков.

Руководство оказанием услуг – это осуществление надзора за деятельностью в целях упорядочения повседневной работы (144). Эта функция имеет важнейшее значение для преодоления сложностей и управления операциями в процессе обслуживания для обеспечения оптимальных результатов (145). Основные задачи – обеспечить бесперебойное предоставление услуг при наличии необходимых кадров и должностей, понимании ими своих обязанностей для эффективного использования ресурсов и совместной работы всех партнеров ради достижения общей цели (2, 48, 63).

Ключевые управленческие функции, в частности, включают: планирование и составление бюджетов для определения целевых ориентиров и шагов по достижению целей; распределение ресурсов, необходимых для выполнения состав-

Вставка 2.6 Сочетание дисциплин в развитии услуг охраны психического здоровья в Кипре

В целях улучшения обслуживания и координации психиатрической помощи в рамках более широкой системы здравоохранения в Кипре предпринята долгосрочная реформа по реорганизации психиатрических служб, от высокоспециализированных стационарных условий к уровню первичной помощи с улучшенной привязкой к больницам общего профиля. Амбулаторные кабинеты устроены как в городских, так и в сельских медицинских учреждениях, кроме того, установлены связи с вновь созданными общинными центрами и подразделениями реабилитации по всей стране. В результате проведенных реформ поставщики распределены между учреждениями психиатрической помощи и службами на уровне сообществ с введением профессиональной специальности «патронажная медицинская сестра по охране психического здоровья». Общинные центры укомплектованы многопрофильными бригадами, в состав которых входят помимо вышеуказанных медицинских сестер также психиатры, трудотерапевты и психологи. В этих бригадах работают «координаторы» (функции которых обычно выполняют патронажные медицинские сестры), отвечающие за коммуникацию между поставщиками. В целях обмена сведениями, информирования о потребностях пациентов и междисциплинарного повышения квалификации в больницах или общинных центрах проводятся групповые совещания поставщиков.

ленных планов; установление рабочих отношений между различными секторами; делегирование функций и создание плодотворных рабочих отношений для практических действий, а также для контроля и решения проблем путем принятия подхода, ориентированного на результаты, в целях выявления отклонений от планов и устранения недоработок.

Эффективность данного процесса отчасти зависит от уровня должностной самостоятельности менеджеров в части планирования, составления бюджета, распределения ресурсов, надзора за операциями и решения проблем. Это ключевой фактор, определяющий ту степень, в какой услуги и их организация соответствуют нуждам местного сообщества.

Поэтому в процессе руководства оказанием услуг немаловажное значение имеют функции и сферы ответственности действующих субъектов на мезо- и микроуровне предоставления услуг. Опыт стран демонстрирует проблемы в принятии управленческих решений вследствие недостаточных полномочий, неясной организационной структуры и дефицита ресурсов, включая время, финансовые средства и навыки.

Таблица 2.8 Примеры параметров, используемых для оценки руководства оказанием услуг

Параметр	Пример индикатора
Разработка услуг	Проведение ежегодных обзоров и процесса планирования на уровне учреждения, района и/или области (48)
Внедрение инструмента оценки деятельности	Отслеживание и регистрация стандартного параметра индивидуального доступа к услугам помощи
Кураторство	Медицинские работники на всех уровнях используют медико-санитарную информацию для управления и периодической оценки (48)

Источник: адаптировано из (69).

Как планируются услуги и бюджет с учетом обслуживания населения на субнациональном уровне?

Планы и бюджеты

Планирование и бюджетирование услуг предусматривает постановку целей и задач, осуществление шагов по достижению этих целей и мобилизацию ресурсов для выполнения принятых планов (144). На основе стратегического видения и направления, данного руководством системы, органы управления службами претворяют эти всеобщие цели в четкие планы действий, устанавливающие детальные процессы, оперативные инструменты и инструкции.

Опыт стран свидетельствует о том, что четкий круг обязанностей и полномочий для планирования и бюджетирования помощи для определенной группы населения являются ключевым фактором, определяющим степень соответствия национальных планов конкретным условиям. Планирование процессов на субнациональном уровне способствует укреплению местных партнерств и созданию уникальных и важных связей между секторами для предоставления услуг. Несмотря на широкое признание того, насколько важно наличие управленческого потенциала для планирования и бюджетирования услуг на субнациональном уровне, во многих странах этот потенциал недостаточен.

Ресурсное обеспечение

Каким образом обеспечиваются ресурсы, такие как инфраструктура, неклиническое оснащение, технологии и кадры, необходимые для предоставления услуг, включая их изначальные инвестиции, распределение и поддержание?

Надлежащее управление ресурсами направлено на то, чтобы все они, включая физическую инфраструктуру, немедицинское оборудование, технологии и кадры, распределялись в целях предоставления услуг (1). На мировом уровне отмечен ряд важных сдвигов в ресурсном обеспечении систем, оказавших выраженное влияние на способ предоставления услуг. В частности, к таким изменениям относятся внедрение новых видов лекарственного лечения и других инновационных технологий, которые открыли возможности для новых форм обмена информацией, появление новых точек доступа к услугам и активное вовлечение пациентов в принятие решений относительно предоставляемых услуг.

В процессе управления услугами немаловажное значение имеет надзор за распределением и практическим использованием ресурсов. Внедрение новых типов ресурсов обсуждается более подробно в разделе третьем применительно к функции ресурсного обеспечения систем здравоохранения.

В масштабе Региона установлено, что стратегическое использование новых технологий в предоставлении услуг, в частности в первичной медико-санитарной помощи, вносит полезный вклад в укрепление здоровья и профилактику (146, 147). Нарастание использования передовых технологий способствует улучшению планирования и координации помощи. Отмечены и такие положительные сдвиги, как укрепление связей между различными медико-санитарными и социальными службами, улучшение планирования и мониторинга, а также эффективное выявление пациентов с высоким уровнем риска для оказания им более адресной помощи (53, 103, 148).

Оперативная деятельность

Проводится ли надзор за выполнением планов для обеспечения надлежащего предоставления услуг здравоохранения?

Управление оперативной деятельностью предусматривает надзор за осуществлением планов на практике. Это включает проведение необходимых учебных мероприятий и семинаров-практикумов для персонала без отрыва от работы, кураторские посещения учреждений и другие механизмы, обеспечивающие эффективное соблюдение установленных требований. Данные меры имеют общую

Вставка 2.7 Координированное распределение ресурсов в восточном регионе Литвы в целях улучшения кардиологических услуг

В начале 2000-х годов неблагоприятные показатели смертности в восточном регионе Литвы, обусловленные в значительной степени высоким процентом смертельных исходов в результате сердечно-сосудистых заболеваний, послужили стимулом для поддержки региональной инициативы по преобразованию кардиологических служб, исходящей от Вильнюсской университетской Сантаришской клиники (Santarisku Klinikos) (149). Основным направлением деятельности, охватившей сферы первичной помощи, региональные больницы и университетскую больницу третичного звена в столице страны Вильнюсе, стало инвестирование в ресурсы, включая клинические инструменты, информационные технологии и учебные мероприятия для работников здравоохранения, что позволило повысить степень унификации предоставляемых услуг и создать возможности для более координированной помощи. При поддержке со стороны Министерства здравоохранения и структурных фондов Европейского союза группа управления данной инициативы разработала стандартный набор оборудования для диагностики и лечения в соответствии с клиническими руководствами, который был распределен по всем участвующим учреждениям. В набор вошли современные приборы для УЗИ-диагностики, велоэргометры и приборы для суточного мониторинга ЭКГ (по Холтеру) с возможностью регистрации отклонений. В третичном центре в Вильнюсе была внедрена новая технология для высокоспециализированной диагностики и лечения кардиологических расстройств. Приблизительно 5% бюджета инициативы было направлено на компьютеризацию рабочих мест с обеспечением связей между объектами для передачи медицинской документации пациентов, консультаций со специалистами третичного уровня в режиме реального времени и электронное оформление записи на прием через онлайн-портал, доступный пациентам в домашних условиях. При мониторинге программы в итоге был зарегистрирован более чем 20%-ный рост объема кардиологических услуг на вторичном уровне, параллельно с 6%-ным сокращением высокоспециализированных стационарных услуг. Эти результаты отчасти были обусловлены повышением потенциала районных и региональных больниц для удовлетворения потребностей в кардиологической помощи (150).

цель: содействовать продуктивным взаимодействиям среди всех заинтересованных сторон, нивелировать несоответствия между различными подходами и установками, распределять сферы ответственности, делегировать полномочия, содействовать открытому диалогу, а также выявлять и устранять факторы, тормозящие реализацию.

По данным из опыта стран, управление межсекторальными взаимодействиями в практическом предоставлении услуг обусловило значительный прогресс в воздействии на более широкие детерминанты здоровья и развития (151). В масштабах Региона имеется ряд успешных примеров инициатив по организации предоставления услуг на межсекторальном уровне. Речь идет о таких странах, как Финляндия (152), Соединенное Королевство, Швейцария, Израиль, Италия и Австрия (153), а также о ряде государств, входящих в состав Сети здравоохранения стран Юго-Восточной Европы (154). Четкое управление повседневной оперативной деятельностью доказало свою важность в воплощении в жизнь индивидуализированного подхода к удовлетворению медико-санитарных нужд.

Количественная оценка и разрешение проблем

Ориентация на результаты предполагает, что руководство оказанием услуг целенаправленно содействует достижению высокого стандарта помощи путем проведения критического обзора клинических и управленческих процессов. Выполнение этой задачи требует, чтобы государственные менеджеры, отвечающие за внедрение политики в практику, имели полномочия, информацию и ресурсы, как

Оцениваются ли показатели предоставления услуг здравоохранения в соответствии с ранее поставленными целевыми ориентирами? Предпринимаются ли последующие действия по результатам такого мониторинга?

финансовые, так и нефинансовые, для обеспечения подотчетности действующих субъектов за свою деятельность (155). Судя по результатам опросов и опыту государств-членов, лишь немногие организаторы здравоохранения на практике обладают инструментами и полномочиями (например, такими как распоряжение бюджетом или право найма и увольнения персонала), для того чтобы эффективно выполнять задачу мониторинга деятельности и решения проблем (156).

Для обеспечения тщательного мониторинга результатов в сравнении с установленными планами и для того чтобы критические параметры постоянно оставались в допустимом диапазоне, требуются надлежащие механизмы контроля, позволяющие принимать необходимые меры при выявлении отклонений (63). Содействие открытому диалогу посредством дискуссионных платформ и конференций по достижению консенсуса, а также предоставление возможностей для эксперимента, включая разработку пилотных проектов и демонстрационных участков, – вот некоторые из путей, используемых странами для эффективного решения проблем при необходимости улучшить деятельность.

Вставка 2.8 Многопрофильная медицинская практика: совместные целевые ориентиры и задачи групповой деятельности во Франции

Национальные реформы во Франции, направленные на децентрализацию услуг, повышают региональные и местные полномочия в планировании и организации служб. На уровне медицинской практики произошла переориентация от традиционной структуры индивидуальной практики врачей, работающих вместе со средним медицинским персоналом. Реформы поддержали реорганизацию поставщиков с объединением их в групповые практики – врачебные центры многопрофильных специалистов (по-французски *maison de santé pluri-professionnel [MSP]*), объединяющие поставщиков первой помощи и первого контакта для предоставления координированных услуг с поддержанием общих реестров пациентов. По состоянию на 2014 г. в различных регионах страны действовали приблизительно 300 таких центров, в каждом из которых работают от 5 до 20 медицинских сотрудников, в том числе врачи, медицинские сестры, акушерки, психологи, стоматологи, физиотерапевты и в некоторых случаях специалисты второго звена (157).

В 2010 г. было введено софинансирование таких групповых практик, направленное на стимулирование улучшений в организации услуг и дальнейшее развитие межпрофессионального сотрудничества (157). Контракты с групповыми практиками предусматривают финансирование по фиксированным расценкам с учетом параметров ожидаемых улучшений качества и эффективности помощи и с определенными обязательствами в распределении ресурсов, что стимулирует саморегулируемую эффективность в структурах групповой практики, надлежащее инвестирование в технологии и расходные медицинские материалы, развитие необходимой инфраструктуры и кадров в соответствии с объединенными реестрами пациентов. Каждое учреждение отвечает за выбор минимального комплекта индикаторов деятельности из национального перечня, результаты мониторинга которых используются в качестве составного показателя «качества практики» для отчетности.

Улучшение показателей деятельности

Процесс создания механизмов обратной связи, обеспечивающих усвоение новых знаний и навыков на основе спонтанных оценок, и внедрение полезных изменений для обеспечения высокого уровня деятельности посредством циклов непрерывного обучения и систематического пересмотра клинических процессов; адаптировано из [48, 49, 63].

Процессы непрерывного улучшения показателей деятельности – это систематические усилия, которые направлены на обеспечение надлежащего качества предоставления услуг, создание системы извлечения уроков из опыта путем мониторинга клинических процессов, систематизацию путей обратной связи и предоставление возможностей для постоянного совершенствования услуг (117, 158). Эти меры позволяют сосредоточить внимание на тех институциональных недо-

статках, которые систематически подрывают потенциал для соблюдения установленных стандартов предоставления услуг. Непрерывные и повторные процессы анализа уроков из опыта диаметрально противоположны подходам, направленным на поиск виновных в медицинских ошибках и нарушениях безопасности пациентов среди отдельных поставщиков [6, 41, 117].

Поддержание непрерывного улучшения показателей деятельности заставляет обращать особое внимание на две широкие категории деятельности: создание системы усвоения уроков из опыта, нацеленной на непрерывные образовательные мероприятия и самообучение, и формирование модели оценки с упором на совершенствование клинических процессов [159].

Создание системы усвоения уроков из опыта включает также содействие культуре повышения квалификации в течение всей жизни и развитие карьеры, обеспечивающее поддержание базовых стандартов помощи и предоставление возможностей для дополнения предшествующего обучения практическим опытом [160–164]. Эффективная реализация непрерывного профессионального развития осуществляется главным образом усилиями действующих субъектов на субнациональном уровне, в первую очередь на мезо- и микроуровнях, которые предусматривают тесное взаимодействие с поставщиками, а также поддержание практического обучения и общего настроения на позитивные преобразования [117].

Таблица 2.9 Примеры параметров, используемых для оценки механизмов улучшения показателей деятельности

Параметр	Пример индикатора
Аудиты	Число аудитов при выписке из стационара, которые были выполнены в предшествующие 12 месяцев для определения соответствия оказания помощи
Непрерывное профессиональное развитие	Доступ персонала к учебным программам или субсидиям на обучение на первом уровне оказания помощи Число часов из отчетов врачей общего профиля, посвященных изучению профессиональной литературы в течение месяца
Повышение качества	Доля учреждений, где созданы группы по повышению качества

Источник: адаптировано из [48, 68]

Механизмы обучения и повышения квалификации

Создание системы обучения в течение всей жизни направлено на вовлечение медицинских работников в систему непрерывного повышения квалификации, нацеленную на поддержание персонала в курсе последних достижений в предоставлении услуг и клинических знаний, а также на развитие профессиональной подотчетности, обеспечивающей, чтобы базовые стандарты помощи не опускались ниже допустимого уровня. Это является гарантией осведомленности работников здравоохранения о потребностях населения и условиях, в которых оно находится, и способствует развитию практических навыков для принятия соответствующих мер реагирования. Системы обучения на протяжении всей профессиональной жизни привлекают внимание к принципам коллегиальности и автономии, стимулируют осознание ответственности и коллегиальной солидарности [117].

Непрерывное медицинское обучение и профессиональное развитие – это наиболее широко используемые подходы, позволяющие эффективно содействовать совершенствованию клинической практики и улучшению результатов оказания медицинской помощи [159]. Убедительные фактические данные свидетельствуют о том, что инвестиции в различные типы клинического обучения ведут к улучше-

Существует ли культура непрерывного обучения и инноваций, развития новых знаний и компетенций среди персонала здравоохранения для удовлетворения меняющегося спроса на услуги?

ниям в предоставлении услуг, консолидации привитых знаний и навыков после изначального образования и в конечном счете позволяют повысить показатели здоровья пациентов (165, 166).

Имеется ряд гибких подходов к обеспечению непрерывного профессионального развития, от разовых учебных семинаров, длящихся несколько дней, до систематических курсов, рассчитанных на недели и месяцы и повторяющихся через определенные интервалы времени. Такие учебные мероприятия часто направлены на совершенствование и развитие новых клинических навыков, компетенций и коммуникаций, коллективной работы или использования нового оборудования. Другие общие подходы к непрерывному профессиональному развитию включают учебные мероприятия на рабочих местах, международные обмены, обучение за рубежом или учебные поездки, конференции и ознакомительные стажировки (167).

Вставка 2.9 Дистанционное обучение медицинских работников в Хорватии

Создание в 2007 г. под эгидой Хорватского фонда медицинского страхования Центральной информационной системы здравоохранения ознаменовало изменение профессиональной культуры, создав мощный стимул для сбора и распространения точных и достоверных данных. Поставщикам медицинских услуг было предложено пройти обучение с использованием онлайн-учебных пособий, однако этой меры было недостаточно для удовлетворения потребностей поставщиков в повышенном уровне коммуникации. В итоге к информационной системе было добавлено приложение, позволяющее поставщикам консультироваться друг с другом, обмениваться профессиональным опытом и открывать каналы коммуникации между типами услуг по различным условиям и учреждениям. Эта информационная система также выполняет функцию базы данных для поставщиков в целях обмена и поиска информации, необходимой в практике. Работники здравоохранения могут в виртуальном режиме знакомиться с опытом других поставщиков в регионе, что содействует непрерывному обучению и повышению клинической уверенности.

Руководство клинической практикой

Осуществляются ли регулярные обзоры предоставления услуг в соответствии с установленными стандартами и планами и сопровождаются ли они мерами для устранения недостатков в работе и реагированием на вновь возникающие потребности?

Процессы, обеспечивающие оказание помощи в соответствии с определенными стандартами, включая обратную связь по выявляемым проблемам, играют большую роль для систематической оценки услуг по всем направлениям оказания помощи, анализа клинических процессов и выявления систематических пробелов и причин вариабельности действий, а также для проверки улучшений (53). Внедрение методов руководства клинической практикой предусматривает оценку воздействия новых моделей оказания помощи и отражения уроков из опыта для дальнейшего совершенствования. Этот цикл обзора и анализа является дополнением к тому, что уже было описано как культура инноваций и обучения (103, 168).

Клинические аудиты, циклы обеспечения качества, оперативные совещания и методики отчетности по услугам, такие как опросы удовлетворенности пациентов и отчетность по исходам лечебных мероприятий, зарекомендовали себя в качестве эффективных подходов к обзору процессов оказания помощи (168). Результаты обзоров показывают, например, что аудиты и обратная связь по показателям деятельности оказывают значительное влияние на профессиональную практику, предоставляя работникам здравоохранения необходимую информацию для изменения своей практики в тех случаях, когда оценка выявляет несоответствие с желаемыми целями (169). Объективные данные свидетельствуют о том, что качество оказания помощи улучшается при использовании таких методик, как самооценка (170), обратная связь из множественных источников (171, 172) и учет

исходов оказания помощи по отзывам пациентов (173). Внедрение стандартного подхода к оценке качества по всем уровням оказания помощи показывает, что улучшений клинических услуг можно добиться путем устранения причин субоптимальной деятельности на всем протяжении процессов оказания помощи, не просто сдвигая их в нисходящем направлении (174).

Нередко инструменты, используемые для оценки клинических процессов в странах, включают, например, проведение интервью и устной проверки знаний работников, циклы и группы управления качеством, обзоры документации, коллегиальные оценки, опросы по определению удовлетворенности пациентов, механизмы внутренних аудитов и наблюдение за процессами оказания помощи пациентам (вставка 2.10).

Вставка 2.10 Коллегиальная оценка услуг здравоохранения в Турции

В 2010 г. после серии жалоб со стороны граждан относительно проведения необоснованных медицинских вмешательств Институт социальной безопасности Турции (SSI) проанализировал данные по возмещению расходов за медицинские услуги, обнаружив тенденции к повышению частоты госпитализаций и проведению избыточных диагностических исследований в конкретных медицинских подразделениях. По итогам обсуждений с Министерством здравоохранения и местными НПО, SSI предпринял усилия по разработке национальной программы аудита, предназначенной для оценки безопасности и качества предоставляемых услуг здравоохранения. Пилотный проект по проверке оправданности госпитализаций в отделения интенсивной терапии после своего изначального успеха был в 2013 г. расширен до уровня национальной программы. За прошедший с того времени период осуществлена серия шагов по проведению медицинских аудитов в различных учреждениях. К настоящему времени завершено или планируется проведение 15 аудитов. Этот процесс начинается с привлечения комиссии экспертов из Министерства здравоохранения, местных НПО и университетов, которые совместно сравнивают данные по возмещению расходов за предоставленные услуги в соответствии с национальными протоколами и определяют, какие именно услуги необходимо проверить. Затем силами экспертов в данной области разрабатываются вопросник и индикаторы для аудита. Ряду случайным образом отобранных учреждений среди государственных, частных и университетских структур предлагают участвовать в проверке, и они должны ответить на вопросы с применением онлайн-базы данных. После получения ответов комиссия экспертов оценивает информацию и генерирует серию результатов и рекомендаций для каждого учреждения. Если результаты носят негативный характер, учреждению предлагается улучшить предоставление услуг, и директорат здравоохранения соответствующей провинции продолжает проводить ежегодные оценки, контролируя выполнение рекомендаций комиссии. Эта практика иллюстрирует важность данных в понимании текущего состояния предоставления услуг и служит необходимым шагом в оптимизации помощи путем получения обратной связи относительно текущей практики.

Раздел третий

Факторы системы здравоохранения, создающие необходимые условия для предоставления услуг

Процессы отбора услуг, планирования медицинского обслуживания, организации поставщиков, управления услугами и улучшения работы определяют сферу концептуального анализа уникальной роли функции предоставления услуг. Задача подобных действий – дать этой функции возможность поддерживать ответственность за процессы, находящиеся под ее прямым контролем.

Однако процессы предоставления услуг находятся в тесной зависимости от факторов, лежащих за пределами данной функции. Другие функции системы здравоохранения – руководство, финансирование и ресурсное обеспечение – непосредственным образом влияют на эффективность функции предоставления услуг (рис. 1.1). Причины субоптимальных результатов обслуживания могут также находиться за рамками системы здравоохранения, в частности определяться уровнем социально-экономического развития страны.

Опыт стран показывает, что одна из важнейших ролей каждой функции здравоохранения заключается в признании коренных изменений основным направлением деятельности в целях достижения необходимых масштабов полезного эффекта. Без такой полной согласованности для устойчивого и широкого распространения реформ нередко требуются значительные усилия местного лидерства и готовность продолжать начатые изменения в сфере оказания услуг (175).

Соотношение между системой здравоохранения и предоставлением услуг проиллюстрировано рисунком 3.1. Изображение уровней и их порядок, продиктованные системным мышлением, отражают связи, взаимоотношения и взаимодействия факторов, оказывающих значимое влияние на показатели предоставления услуг (2, 12). В центр концептуальной схемы поставлены люди – граждане, семьи и сообщества, которым предназначены услуги здравоохранения. Схема также отражает вклад факторов, находящихся за пределами системы здравоохранения, особенно тех, которые могут быть отнесены к другим секторам или особенностям страны.

Рисунок 3.1 Детерминанты предоставления услуг здравоохранения



Источник: адаптировано из [8].

Ниже более детально описаны показанные на схеме детерминанты. Актуальность, структура и влияние каждой из них зависят от особенностей сложившихся условий.

- **Граждане, семьи и сообщества.** Улучшение здоровья – это и предназначение, и первоочередная цель системы здравоохранения (16). Люди, их потребности и законные ожидания по праву находятся в центре предоставления услуг, определяя путь, в соответствии с которым процессы приобретают актуальную форму. Интуитивно представляется очевидным, что услуги должны определяться коллективными и индивидуальными потребностями, однако реализовать данный принцип на практике нелегко: для этого требуется отойти от старого стиля мышления, при котором планирование и содержание услуг определялось главным образом ресурсной составляющей.
- **Предоставление услуг здравоохранения.** Между населением и системой здравоохранения находится сфера услуг здравоохранения, уникальность функции которой заключается в определении медико-санитарных потребностей и введении в действие необходимых процессов для оптимального оказания помощи. В конечном счете способностью данной функции решать эту задачу определяется потенциал системы здравоохранения для удовлетворения общественного и индивидуального спроса на медицинскую помощь.
- **Другие функции системы здравоохранения.** Решение задачи улучшения здоровья населения также зависит от других функций системы здравоохранения, таких как руководство, финансирование и ресурсное обеспечение (16). Подкрепляя функцию предоставления услуг, как это изображено на схеме, система здравоохранения играет уникальную роль путем создания условий для достижения оптимальных итоговых результатов.
- **Другие секторы.** Межсекторальное сотрудничество – ключевой и необходимый подход к воздействию на более широкие детерминанты здоровья. Это не новая концепция: межсекторальные действия лежат в основе принципа первичной медико-санитарной помощи (11) и более ранних этапов развития политики общественного здравоохранения (176). В настоящее время в рамках европейской политики здравоохранения Здоровье-2020 общегосударственные действия с вовлечением всего общества, направленные на мобилизацию партнеров и коллективные усилия в области здравоохранения и развития, носят приоритетный характер (177). Связи между секторами на практике могут заключаться в сотрудничестве с частным сектором и структурами гражданского общества, такими как общественные, неправительственные и религиозные организации, а также с секторами образования, трудовой занятости, жилищного и продовольственного обеспечения, окружающей среды, воды и санитарии, а также социальной защиты (11, 63).
- **Контекст.** Система здравоохранения и другие секторы зависят от более широкого контекста страны, то есть от эпидемиологических, культурных, социально-демографических, политических и экономических условий, на основе которых формируются все остальные детерминанты. Важные факторы, определяющие контекст, могут также включать исторические традиции, поскольку зависимость от ранее выбранных путей (эффект колеи) в потенциале ограничивает возможности для осуществления новых вмешательств в настоящем.

Факторы системы здравоохранения, создающие необходимые условия для предоставления услуг

На основе проанализированных фактических данных рассматривалась динамика каждой функции системы здравоохранения в соотношении с предоставлением услуг. В ходе анализа осуществлялся поиск ответов на следующие вопросы: «Как процессы, свойственные другим функциям системы здравоохранения, влияют на предоставление услуг?», «Какой вклад в предоставление услуг вносят другие функции системы здравоохранения?»

В этом контексте каждая функция системы здравоохранения рассмотрена в соответствии с ее ключевыми процессами, подтвержденными фактическими данными. Результаты этих процессов, расцененные в качестве вклада в предоставление услуг, определяют условия, в которых процессы предоставления услуг способны реагировать и адаптироваться. Учет этих вкладов и их взаимозависимости необходим для понимания того, в чем именно функция предоставления услуг зависит от системы здравоохранения, а также для согласования процессов и функций.

Таблица 3.1 Другие функции системы здравоохранения: процессы и ресурсы, обеспечивающие предоставление услуг

Функции системы здравоохранения	Процессы	Примеры ресурсов для предоставления услуг
Руководство	<ul style="list-style-type: none"> Определение приоритетов Организация деятельности Оценка и обратная связь 	<ul style="list-style-type: none"> Стратегическое направление Подотчетность Нормативные акты Коллективное участие и межсекторальные партнерства Надлежащая организация Прозрачность
Финансирование	<ul style="list-style-type: none"> Сбор доходов Консолидация фондов Закупка услуг 	<ul style="list-style-type: none"> Ценовая доступность Распределение ресурсов Оплата услуг, предоставляемых поставщиками, и пользовательская плата
Ресурсное обеспечение		
<i>Кадровые ресурсы здравоохранения</i>	<ul style="list-style-type: none"> Планирование и прогнозирование Образование Сертификация и регистрация; ресертификация 	<ul style="list-style-type: none"> Кадровое обеспечение Квалификация кадров
<i>Лекарства</i>	<ul style="list-style-type: none"> Отбор лекарственных средств Регулирование цен и возмещение расходов Закупки и снабжение Инновационная деятельность (НИОКР) 	<ul style="list-style-type: none"> Стандартизация рационального использования Доступ к основным лекарственным средствам Безопасность продукции
<i>Технологии здравоохранения</i>	<ul style="list-style-type: none"> Внедрение нового медицинского оборудования Адаптация Инновации 	<ul style="list-style-type: none"> Экономически эффективное медицинское оборудование и другие технологии здравоохранения
<i>Информационные системы</i>	<ul style="list-style-type: none"> Определение информационных потребностей Построение платформ Управление данными и их анализ Внедрение в практику и распространение научных знаний 	<ul style="list-style-type: none"> Данные эпиднадзора Клиническая информация Электронное здравоохранение Улучшение показателей деятельности Оперативные исследования, в том числе по проблемам реализации

Руководство

Руководство представляет собой неоспоримо сложную функцию руководителей системы здравоохранения, отвечающих за выбор основных направлений, обеспечение согласованности и непрерывного совершенствования деятельности системы здравоохранения [2, 4]. В этом качестве руководство является катализатором выстраивания последовательности всех функций и процессов системы здравоохранения, а также работы действующих в ней субъектов [2]. Поэтому, как констатируется в «Докладе о состоянии здравоохранения в мире, 2000 г.» [16], руководители системы здравоохранения призваны определить «правила игры» – формальные и неформальные нормы, устанавливающие рамки, в которых действуют субъекты системы. В этих рамках функция руководства определяет институциональную основу и устанавливает четкие механизмы для взаимоотношений и работы действующих субъектов [4, 178]. Это также включает условия для действий в различных секторах, где здоровье населения – результат функционирования динамических сетей за пределами собственно системы здравоохранения, вследствие этого зависящий от организации и контроля значимых связей, например с секторами образования, окружающей среды и транспорта.

Обеспечивают ли процессы определения приоритетов, организации деятельности, а также оценки и предоставления обратной связи в отношении эффективности работы оптимальную поддержку функции предоставления услуг?

Процессы руководства

В предшествующих обзорах, описывающих процессы руководства в секторе здравоохранения, привлекается особое внимание к аспектам, включающим как минимум следующее: установление приоритетов для выбора основного направления в деятельности системы; организация деятельности субъектов и секторов; оценка и предоставление обратной связи по показателям работы [179–181].

- **Установление приоритетов.** Руководство несет ответственность за установление приоритетов и выработку соответствующей им политики. Важность приоритетов заключается в том, что на их основе привлекают финансовые, кадровые и политические ресурсы в ту или иную сферу деятельности по улучшению показателей здоровья. Рассмотрение и сравнение приоритетов представляет собой напряженный политический процесс лоббирования конкурирующих областей и интересов. На основе достигаемых соглашений могут приниматься такие актуальные для сферы предоставления услуг решения, как, например, определение предоставляемых прав и пакета услуг для населения.
- **Организация деятельности.** Руководство также выражается в том, что приоритеты и стратегии усилиями субъектов системы претворяются в действия с использованием средств (таких как полномочия, ресурсы, время), дающих субъектам возможность реализовывать эти приоритеты и стратегии. Применительно к предоставлению услуг согласование действий и гармонизация стандартов для различных субъектов зачастую включают такие меры, как внедрение официально утвержденных руководств и протоколов, принятие хартий о правах пациентов, аккредитация медицинских учреждений и лицензирование агентств. В процессе перехода от принятия политики к ее реализации функция руководства обеспечивает формирование структуры управления, распределение сфер ответственности и создание других необходимых условий для эффективной деятельности субъектов.

- **Оценка и обратная связь.** Руководство играет ключевую роль в генерировании и использовании информации для оценки и совершенствования стратегических подходов и практической работы. При этом обеспечивается периодическое регулирование механизмов принятия решений, устранения ошибок, подотчетности, а также улучшений в долгосрочной перспективе. Для сферы предоставления услуг это означает определение ключевых индикаторов и параметров эффективности, механизмов мониторинга и оценки, улучшение условий для оценки и регистрации показателей работы. Еще один ключевой фактор подотчетности в сфере предоставления услуг – это генерирование на основе повседневных данных аналитической информации для принятия решений.

Значение для предоставления услуг

Роль руководства в разработке и формализации действий по совершенствованию процессов, относящихся к предоставлению услуг здравоохранения, четко установлена (182–186). На основании анализа фактических данных можно выделить следующие характеристики результата руководства и, как следствие, его вклада в предоставление услуг.

- **Стратегическое руководство.** Руководство системой здравоохранения обеспечивает стратегическую последовательность предпринимаемых действий. Она может принимать форму стратегических планов (187, 188), политики, стандартных оперативных планов и процедур (189), целей, задач и показателей эффективности (187), определяющих четкую приоритетность действий в контексте предоставления услуг. Функция руководства содействует своевременному достижению целей, сводя при этом к минимуму дублирование, и может стимулировать самостоятельность действующих субъектов и развитие у них чувства сопричастности к общему процессу.
- **Подотчетность.** Механизмы подотчетности определяют предусмотренный порядок действий субъектов путем четкого распределения функций и обязанностей (190). Хорошо спланированные структуры и механизмы подотчетности обеспечивают необходимую динамичность, ресурсную обеспеченность и руководящий контроль за деятельностью субъектов. Как было установлено, в реформировании сферы предоставления услуг подотчетность является ключевым фактором укрепления действий и реализации запланированных схем (191–194).
- **Регулирование.** Создание нормативно-правовой базы, содержащей четкие и последовательные установки по предоставлению услуг, – ключевой фактор для принятия решений и их точного исполнения (182, 183, 185). Руководство предоставляет сфере услуг такие инструменты, как официальные процедуры (4), стандарты, кодексы (48, 178, 180), которые направляют деятельность уставных органов и других национальных субъектов.
- **Коллективное участие и межсекторальное партнерство.** Процессы руководства предусматривают развитие партнерских отношений среди государственных структур (189) и секторов. Ключевым фактором коллективного участия является создание гарантированных условий, для того чтобы граждане имели право голоса при принятии решений в области здравоохранения – либо непосредственно, либо через легитимные организации, представляющие интересы населения. Процессы руководства также определяют пути согласования различных интересов в целях достижения широкого консенсуса

наряду с сохранением возможностей для непрерывного продолжения диалога. Развитие все более динамичных сетей, распространяющихся по различным секторам, неизбежно влечет за собой построение новых, в том числе формальных взаимодействий с различными субъектами (177), опирающихся на стратегическое использование таких механизмов, как, например, межведомственные или целевые комиссии (177), государственно-частные рабочие группы (195, 196), партнерства с гражданским обществом и НПО (179), в целях укрепления значимого сотрудничества на межсекторальном уровне.

- **Надлежащая организация.** Потенциал реализации определяется институциональными и организационными характеристиками системы здравоохранения, в частности, такими как административные структуры, процедуры принятия решений, формальные и неформальные нормы профессионального поведения, а также различные каналы подотчетности (197). От организационной адекватности зависит то, насколько пригодна архитектура системы для решения стоящих стратегических задач (4).
- **Прозрачность.** Процессы руководства определяют те условия, в которых заинтересованные субъекты получают своевременную, полезную, актуальную и полную информацию, путем установления процедур, структур и процессов для оценки и отчетности по показателям деятельности (197).

Вставка 3.1 Создание правовой основы для участия пациентов в принятии решений в Словении

В 2005 г. в связи с ростом бремени диабета 2-го типа Министерство здравоохранения Словении в сотрудничестве с Национальным институтом общественного здравоохранения и Национальной диабетической ассоциацией пациентов приступило к составлению стратегического плана по проблеме диабета в качестве одного из национальных приоритетов. При этом была подчеркнута необходимость совершенствования ранней диагностики, ведения случаев и координации оказания помощи на первичном, вторичном и третичном уровне. В 2010 г., признавая императивную потребность в активном взаимодействии медиков и пациентов в целях переориентирования образа мышления и обеспечения необходимого импульса для изменений, законодатели приняли Акт о правах пациентов. Этот документ формально предусматривает участие пациентов в планировании медицинских вмешательств и обязывает медицинские учреждения на всех этапах консультироваться с пациентами как с активными участниками ведения случаев болезни. Созданная правовая основа для вовлечения пациентов также предусматривает тесное взаимодействие с поставщиками медицинских услуг, что играет ключевую роль в консультациях по Национальному плану, объединяет всех участников для решения общих задач и предоставляет возможность общего диалога для реализации стратегии на практике.

Финансирование

Функция финансирования отвечает за мобилизацию адекватного объема денежных средств для системы здравоохранения и в то же время обеспечивает доступ населения к необходимым услугам, защищая граждан от катастрофических расходов на медицинскую помощь (2). Процессы финансирования способствуют обеспечению всеобщего доступа к определенному набору популяционных и индивидуальных услуг; при этом они направлены на социально справедливое распределение и использование средств, а также на стимулирование более качественного оказания помощи и эффективного, но экономного расходования ресурсов (2, 198).

Обеспечивают ли процессы сбора финансовых средств, объединения фондов и закупки услуг оптимальную поддержку функции предоставления услуг здравоохранения?

Процессы финансирования

Финансирование системы здравоохранения обычно определяется тремя взаимосвязанными процессами: сбор финансовых средств, объединение фондов, закупка услуг (16, 198).

- **Сбор финансовых средств.** Система здравоохранения получает денежные средства посредством предоплаты и сборов, например через общее налогообложение, обязательное социальное страхование здоровья населения или частное добровольное медицинское страхование (16). Процессы предоплаты тесно связаны с решениями об отборе услуг и управлении ими, которые определяют объем доступных финансовых средств, выделяемых для здравоохранения.
- **Объединение фондов.** Процессы объединения средств заключаются в консолидации и управлении поступающими средствами в целях распределения риска необходимости оплачивать услуги всеми «вкладчиками». При этом финансовый риск, связанный с медицинскими вмешательствами, разделен между всеми, а степень неопределенности в отношении стоимости индивидуальных услуг снижена (16); таким образом, повышается вероятность того, что необходимые услуги будут финансово доступны для пациентов.
- **Закупка услуг.** Закупка – это процесс, при котором объединенные финансовые средства выплачиваются поставщикам в обмен на предоставляемые услуги здравоохранения. Решения, касающиеся заключения контрактов и оплаты, играют важную роль в процессе предоставления услуг, поскольку обеспечивают возмещение расходов медицинских учреждений на предоставление многопрофильных услуг или предопределяют использование финансовых рычагов, например для стимулирования всеобъемлющих услуг первичной медико-санитарной помощи или помощи при хронических заболеваниях. Стратегические закупки позволяют прогнозировать, какие приобретаются услуги, каким образом и у кого (5).

Значение для предоставления услуг

Описанные выше финансовые решения, несомненно, оказывают существенное влияние на характер и качество услуг (199). В частности, это влияние распространяется на следующие аспекты услуг здравоохранения.

- **Финансовая доступность.** Доля предоплаты и сооплаты влияет на уровень доступности к медицинским услугам и определяет степень финансовой защиты при использовании таких услуг.
- **Объем и распределение ресурсов.** Объем вкладываемых ресурсов во многом определяет общий объем медицинских услуг, предоставляемых в том или ином регионе конкретной страны, распределение текущих расходов и капиталовложений, ассигнования на различные виды помощи, услуг, условий обслуживания и учреждений. В рамках распределения финансовых средств службы здравоохранения могут получить отдельные каналы ассигнований на непрерывное повышение квалификации персонала, на осуществление демонстрационных проектов, на программы борьбы с конкретными болезнями и на адресную помощь определенным группам населения.

- **Оплата услуг, предоставляемых поставщиками, и пользовательская плата.** Заключение контрактов и плата поставщикам услуг – это один из ключевых инструментов приведения услуг здравоохранения в соответствие с направлениями политики, особенно в странах с моделью разделения функций закупщиков и поставщиков услуг и/или с различными закупщиками. Контракт на оплату предоставляемых услуг может заключаться с единственным поставщиком (двусторонние контракты на услуги) или с группой поставщиков в форме общего рамочного соглашения со всеми сторонами, в котором предусмотрены механизмы руководства, риска/вознаграждения и оценки показателей деятельности. Способ оплаты деятельности поставщиков услуг здравоохранения может быть соотнесен с типом, качеством и объемом услуг и использоваться как стимул для поощрения высоких показателей деятельности. Однако оплата может создавать и нежелательные стимулы для поставщиков. Например, больницы, зависящие от выплат по суточному тарифу, могут быть заинтересованы в увеличении срока пребывания пациента на койке, или медицинские работники, оказывающие услуги на дому, работа которых оплачивается из расчета затраченного времени, неохотно принимают участие в неоплачиваемых организационных совещаниях с другими заинтересованными сторонами. Таким образом, финансирование играет важную роль в преобразовании услуг здравоохранения путем поддержки желаемых процессов и конечных результатов и устранения препятствующих этим процессам финансовых барьеров (200), в конечном итоге стимулируя как немедленные, так и долгосрочные улучшения. Плата, основанная на стимулировании, может принимать множество форм с разными типами подотчетности и финансового риска для поставщиков. Часто применяемые и анализируемые в научной литературе схемы оплаты включают такие подходы, как плата за конкретные оказанные услуги, плата из расчета одного клинического эпизода, плата на основании качества услуг, плата за ведение отдельного больного и по клинико-диагностическим группам (201). Выбор оптимальной модели оплаты зависит от контекста; у каждой есть свои особенности и ограничения, которые следует учитывать при определении их пригодности (табл. 3.2).

Среди финансовых стимулов, рассчитанных на пациентов, можно отметить такие схемы, как персональный бюджет на услуги здравоохранения, освобождение/уменьшение размера пользовательской сооплаты определенных услуг, выплаты по твердой ставке или единовременные пособия и ваучеры, например для стимулирования соблюдения назначенного режима лечения. Подобные финансовые стимулы обычно подкреплены нефинансовыми мерами поддержки в сфере укрепления здоровья и профилактики, такими, например, как скидки на абонемент в спортзал, специальный доступ на прием к врачу вне обычных часов, общие мероприятия по повышению грамотности в вопросах здоровья (202). Стимулы для пациентов расширяют их права и возможности, а также за счет учета предпочтений пользователей повышают их покупательную способность. Вместе с тем они создают дополнительную нагрузку на пациентов и лиц, обеспечивающих уход, в связи с необходимостью выявления и координации подходящих услуг, особенно если предоставляемые привилегии не обеспечивают полного охвата медицинских нужд.

Таблица 3.2 Оплата работы поставщиков: стимулы для предоставления услуг

Схема	Фактические данные и отмеченные недостатки
Плата за предоставленные услуги	Плата за конкретные оказанные услуги практикующим медицинским работникам или врачам-специалистам с большей вероятностью стимулирует не оптимальное, а, скорее, избыточное лечение. Контракты с платой за оказанные услуги препятствуют коллективной работе и многопрофильному сотрудничеству [203]; чрезмерную нагрузку создают требования административной отчетности; трудно «персонализировать» индивидуальный вклад в общие показатели деятельности. В таких контрактах обычно не предусмотрено возмещение расходов на координацию или совместные учебные мероприятия.
Плата за показатели деятельности	Побуждает поставщиков уделять больше времени и внимания видам оказания помощи, которые можно количественно оценить, в ущерб неизмеряемым аспектам работы потенциально равной или большей важности. Имеющиеся фактические данные не позволяют с достоверностью определить степень влияния платы за показатели деятельности на конечные результаты эффективности и качества [204].
Плата из расчета одного эпизода оказания помощи	Подталкивает поставщиков к партнерству в отношении согласованных процедур и вмешательств. Потенциальные непредусмотренные последствия могут заключаться в расширении объема услуг за пределами острого состояния в целях увеличения суммы выплат. Корректировка с учетом средней тяжести случая может вести к завышенному кодированию, когда пациентам ставят более тяжелый диагноз в целях повышения суммы оплаты. Для поддержания дохода поставщики также порой стараются повысить число отдельных эпизодов оказания помощи [205].
Клинико-статистические (диагностически связанные) группы	Как отмечено, ведут к потенциальному сокращению больничных расходов, возможно с ущербом для услуг (например, для амбулаторной помощи или услуг длительного ухода). Способствуют повышению прозрачности путем создания возможностей для сравнения показателей эффективности между поставщиками услуг. К недостаткам относятся рост административных расходов, снижение качества оказания помощи, неоднозначные данные относительно улучшения показателей деятельности (вследствие возможных манипуляций со стороны поставщиков) и проблемы с поправками на факторы риска [206].

Вставка 3.2 Пилотный проект по распоряжению бюджетом первичной помощи в целях координации услуг в Венгрии

В 1999 г. в Венгрии было начато осуществление пилотного проекта, направленного на улучшение координации между уровнями медицинской помощи с особым вниманием к вторичному уровню. В качестве эксперимента врачам и учреждениям были предоставлены полномочия действовать в качестве распорядителей виртуальных фондов и координаторов медицинского обслуживания, работу которых оплачивает национальный фонд медицинского страхования. В качестве исходного постулата было принято утверждение, что врачи владеют наиболее полной информацией о надлежащем предоставлении услуг и находятся в наилучшей позиции для управления медицинским обслуживанием. В целях обеспечения правильного предоставления услуг была внедрена смешанная модель стимулирования, направленная на то, чтобы повысить качество и экономическую эффективность, а также снизить риск необоснованного применения наиболее выгодных вмешательств («снятия сливок») либо, напротив, недостаточно интенсивного лечения в рамках системы и процесса принятия решений координаторами помощи. Эти стимулы включали приведенный подушевой расчет оплаты труда врачей общей практики, сочетание платы за отдельные услуги и по клинико-статистическим группам (КСГ) за стационарную и вторичную помощь, а также бонусы за предоставление профилактических услуг.

Ресурсное обеспечение

Обеспечение системы оптимальными ресурсами, включая кадры, информацию и коммуникационные технологии, лекарства и медицинское оборудование, – это основа для создания благоприятной среды, инфраструктуры, маршрутов пациентов и внутренних системных связей, необходимых для предоставления услуг. Функция ресурсного обеспечения создает необходимые условия для предоставления услуг, а также для проведения исследований, направленных на непрерывное наращивание и расширение научно-доказательной базы.

Функция ресурсного обеспечения также представляет собой важнейший источник для систематизации и внедрения инноваций, формирования новых услуг, процессов и процедур, нацеленных на повышение итоговых показателей качества, доступности и эффективности (207). Инновации способствуют заполнению пробелов в знаниях, навыках и процессах, устраняя разрыв между тем, что доступно и что необходимо для удовлетворения потребностей здравоохранения.

Предоставление услуг зависит от функции ресурсного обеспечения в части внедрения достижений в области технологии, новых лекарств, медицинского оборудования и информационных платформ, а от также развития и совершенствования кадров здравоохранения. Значение ресурсов для предоставления услуг описано ниже с рассмотрением основных процессов модернизации кадрового обеспечения, лекарств, медицинского оборудования и информационных технологий, а также их уникального вклада в оказание медицинской помощи.

Кадровые ресурсы здравоохранения

Кадры здравоохранения – это медицинские работники переднего края, напрямую работающие с пациентами и населением, в том числе менеджеры и руководители, врачи, медицинские сестры, акушерки, фармацевты, вспомогательный персонал лечебных учреждений, общинные медико-санитарные работники и представители парамедицинских специальностей (6, 167, 208). Кадровая составляющая функции ресурсного обеспечения системы здравоохранения определяет различные стратегии подготовки медицинских кадров, их наращивания и сокращения в целях поддержания оптимальной численности, компетенции, отзывчивости к нуждам пациентов и производительности труда (6).

Процессы кадрового обеспечения здравоохранения

Предоставление услуг здравоохранения само по себе играет роль в непрерывном развитии кадров здравоохранения, однако отправная точка этого процесса определяется тем вкладом системы здравоохранения, который вносит функция ресурсного обеспечения. В этой связи можно рассмотреть следующие ключевые процессы подготовки и развития кадров здравоохранения.

- **Планирование и прогнозирование.** Кадровое планирование имеет важнейшее значение для развития потенциала кадровых ресурсов, необходимого как для текущего предоставления услуг, так и с учетом будущих медико-санитарных потребностей населения. Адекватная подготовка с позиций системы здравоохранения основана на тщательном анализе меняющегося бремени болезней и тех факторов, которые формируют требования к услугам здравоохранения в целях надлежащего реагирования (167).

Имеются ли в наличии кадровые ресурсы, лекарственные средства, медицинское оборудование и информационные технологии для оптимального предоставления услуг здравоохранения?

Обеспечивают ли процессы планирования и прогнозирования, обучения, сертификации, регистрации и ресертификации кадров здравоохранения необходимую поддержку для достижения оптимальных показателей функции предоставления услуг?

- **Обучение.** Система здравоохранения подготавливает будущих медицинских работников к профессиональной деятельности в соответствии с установленными стандартами. Обучение работников здравоохранения опирается на непрерывное отражение новых фактических данных в учебных программах (161, 167). Собственно процесс обучения разделяют на три последовательные стадии: первичное усвоение знаний (информативное обучение); социализация студентов в отношении ценностных ориентиров будущей профессии (формативное обучение); и заключительная стадия, подготавливающая студентов к лидерству и использованию полученных ими знаний посредством группового, проблемно-ориентированного обучения и учебной практики на базе местного сообщества (трансформативное обучение) (161, 167).
- **Сертификация, регистрация и ресертификация.** Сертификация и регистрация работников здравоохранения – стандартизированный процесс на первоначальных этапах кадрового становления, знаменующий успешное завершение учебы, сдачу экзаменов и получение диплома специалиста. Иногда за сертификацией следует регистрация в регулирующих органах, представляющих интересы общества или профессиональной сети. Процессы ресертификации через регулярные промежутки времени также являются относительно стандартной практикой в целях поддержания и непрерывного развития профессиональных компетенций, приобретенных в период начальной подготовки. Эти механизмы направлены на обеспечение соответствия поставщиков медицинских услуг заранее определенному стандарту. Они могут быть задействованы для поощрения индивидуальных работников или организаций, демонстрирующих образцовые показатели деятельности (167).

Значение для предоставления услуг

Кадры здравоохранения – это важнейший ресурс для предоставления услуг. Долгосрочная устойчивость и масштаб преобразований в сфере предоставления услуг зависит от приобретения работниками знаний и навыков, необходимых для выполнения предусмотренных для них (новых) функций в соответствующих областях профессиональной деятельности (183, 186, 209). Посредством вышеописанных процессов функция ресурсного обеспечения играет ключевую роль в привлечении компетентных кадров в сферу предоставления услуг.

- **Наличие кадров.** Обеспечение достаточной численности работников – необходимое условие для предоставления услуг, при этом наличие кадров определяется показателями распределения профессиональных сотрудников (6). Стандарт для определения численной адекватности не установлен, однако этот параметр можно оценивать в соответствии с базовыми медико-санитарными потребностями. Анализ корреляционных связей между наличием работников здравоохранения и охватом медицинскими вмешательствами показывает, что при дефиците кадрового обеспечения итоговые показатели ухудшаются (6).
- **Компетенции кадров.** Компетенции определяют способность выполнения важнейших, комплексных медицинских действий, в которых знания, навыки и установки объединены с имеющимися надежными ресурсами для достижения качественных результатов в интересах пациентов и населения (167). Компетентные кадры здравоохранения обладают развитыми навыками для осуществления определенного набора популяционных вмешательств и индивидуальных услуг в соответствии с установленными стандартами.

Вставка 3.3 Новая специализация по паллиативной помощи в Сербии

Внедрение услуг паллиативной помощи в Сербии сочеталось с масштабным планированием учебных мероприятий для работников различного профиля и уровней помощи в целях освоения новых моделей и руководящих принципов. Новая специализация по паллиативной медицине введена в программы всех медицинских институтов страны, и организована новая программа по паллиативной социальной работе. Формальное обучение направлено на расширение сферы практики поставщиков услуг, дополнительно проводятся учебные мероприятия для медицинских работников, посвященные вопросам коммуникации между пациентами и провайдерами. В соответствии с формальным обучением и системными руководствами определены новые профили специалистов здравоохранения. Присвоение работникам формальной квалификации обеспечивает долгосрочную устойчивость существования данной профессии.

Лекарства

Лекарства – это важнейшее материальное средство для эффективного предоставления услуг в целях удовлетворения медицинских потребностей (16, 21). Новые лекарства резко усилили действенность средств профилактики болезней и улучшения качества жизни пациентов. Инновационные методы медикаментозного лечения обеспечивают совершенствование помощи на уровне местного сообщества и на дому. Стремительное развитие лекарственной помощи сделало лечение более целенаправленным, финансово доступным и эффективным, при этом продолжающиеся научные исследования способствуют созданию, разработке и внедрению в практику новых улучшенных методов лечения.

Процессы, необходимые для лекарственного обеспечения

Предоставление услуг здравоохранения зависит от функции ресурсного обеспечения, в рамках которой осуществляются отбор экономически эффективных лекарственных средств, организация их поставки в необходимых объемах, а также защита от применения контрафактной и низкокачественной фармацевтической продукции. Это направление деятельности в типичных случаях включает следующие процессы.

- **Отбор лекарственных средств.** В рамках функции ресурсного обеспечения, от которой зависит предоставление услуг, проводится отбор основных лекарственных средств, необходимых для удовлетворения медицинских потребностей большинства населения. Для оптимального предоставления услуг в соответствии с местными приоритетами требуется наличие этих лекарств в достаточном объеме, в надлежащих дозировках и по доступной цене.
- **Регулирование цен и возмещение расходов.** Формирование доступных и справедливых цен на лекарства – это один из центральных аспектов обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения. Доступными и справедливыми считаются такие цены, при которых расходы на лекарства рациональным образом покрываются за счет пациентов и бюджета здравоохранения (146, 210). Цены на лекарства не носят статичный характер. Они варьируются в зависимости от изменений рыночной ситуации, и предоставление услуг зависит от функции ресурсного обеспечения, в рамках которой должны осуществляться стратегические закупки непатентованных лекарственных препаратов по мере их появления на рынке, а также непрерывное отслеживание ценовой динамики с принятием необходимых управленческих решений.

Обеспечивают ли процессы отбора лекарственных препаратов, ценообразования и компенсации затрат, закупок и управления поставками, а также проведения соответствующих научных исследований и разработок оптимальную поддержку функции предоставления услуг здравоохранения?

- **Закупки и управление поставками.** Системы здравоохранения должны осуществлять стратегический подход к государственным закупкам и управлению цепями снабжения. Эта деятельность является гарантом обеспечения качественными лекарствами по разумным ценам.
- **Инновации – научные исследования и разработки.** Научные исследования и разработки имеют важнейшее значение для обеспечения тестирования и применения новых изделий, инструментов, стандартов, методик и руководящих принципов. Этот процесс включает в себя как внедрение инноваций, так и передачу технологий и интеллектуальной собственности для использования новых лекарств в рамках предоставления услуг.

Значение для предоставления услуг

Посредством вышеописанных процессов система здравоохранения вносит в сферу предоставления услуг полезный вклад, который выражается в следующем.

- **Доступ к основным лекарственным средствам.** Предоставление услуг зависит от функции ресурсного обеспечения, которая регулирует цены на лекарства при помощи референтного ценообразования, ограничивая оплату из средств государственных программ страхования или усиливая прямой контроль за розничными ценами. Страны с развитой системой коммерческого медицинского снабжения могут испытывать затруднения в части снабжения основными лекарственными средствами и их ценовой доступности, что становится системным препятствием для оптимального предоставления услуг.
- **Рациональное использование.** Точно так же, как функция предоставления услуг определяет их оптимальную структуру, функция ресурсного обеспечения посредством национальных стратегий, стандартов, руководств и нормативов определяет порядок назначения, распределения и продажи лекарств. Клинические руководства по рациональному использованию лекарств содержат рекомендации по их правильному назначению, сводя к минимуму риск избыточного, недостаточного или неправильного применения лекарств – практики, которая приводит к нерациональному расходованию препаратов и наносит вред здоровью, например вызывая устойчивость к антибиотикам. Соблюдение этих рекомендаций зависит от процессов предоставления услуг, таких как персонализированный подбор курса лекарственного лечения в согласовании с другими услугами и индивидуальными показаниями для пациента.
- **Безопасность продукции.** Безопасность продукции, используемой в ходе предоставления услуг, обеспечивается с помощью национальных лабораторий, которые осуществляют контроль качества, проводят публичные кампании против контрафакта, предпринимают меры по контролю товаров, поступающих на рынок, а также сообщают о выявленных побочных действиях.

Технологии здравоохранения

Технологии здравоохранения – это инструменты, аппаратура и другое оборудование, используемые в ходе предоставления услуг, в частности в процессе диагностики и лечения. Эти технологии имеют важнейшее значение для предоставления услуг здравоохранения. Медицинское оборудование – от простых деревянных шпателей для языка и других вспомогательных приспособлений до наиболее сложных

Обеспечивают ли процессы внедрения, адаптации и непрерывной модернизации медицинского оборудования и технологий оптимальную поддержку функции предоставления услуг здравоохранения?

имплантатов и систем диагностической визуализации – играет важнейшую роль в профилактике, диагностике и лечении болезней на всех этапах жизни [210].

Важность медицинского оборудования и технологий здравоохранения повысилась в последние годы в связи с прорывом в технике и биоинженерии, обеспечившим производство и поступление в продажу инструментов и устройств, позволяющих пациентам лучше отслеживать показатели своего здоровья. Речь идет, например, об инструментах мониторинга диеты и физической активности, а также об аппаратах для автоматизированного измерения кровяного давления, с помощью которых пациенты с артериальной гипертензией могут самостоятельно определять и регистрировать артериальное давление в домашних условиях. Среди других значимых технологических достижений можно отметить методы неинвазивной диагностики, применение которых сокращает необходимость в госпитализации.

Процессы ресурсного обеспечения технологий здравоохранения

- **Внедрение новых технологий и оборудования.** В рамках функции ресурсного обеспечения осуществляется процесс систематической оценки характеристик, эффектов и полезного значения технологий здравоохранения. Получаемая при этом информация о прямых, желаемых эффектах применения технологий, равно как и о непрямых, нежелательных последствиях, используется в разработке и проведении политики в части технологического оснащения функции предоставления услуг.
- **Адаптация.** Предоставление услуг зависит от систематического доступа к технологиям здравоохранения и медицинскому оборудованию, устойчивое и координированное применение которых обеспечивается имеющимися ресурсами. Для этого зачастую требуется тесное сотрудничество между различными секторами, направленное на модернизацию и комплексное использование медицинского оборудования в различных объектах и на различных уровнях оказания помощи. Обеспечение последовательного применения новых технологий требует проведения учебных мероприятий в сфере предоставления услуг, например семинаров-практикумов без отрыва от работы [211].
- **Внедрение инноваций.** Оптимизация медицинского оборудования для улучшения здоровья и повышения качества жизни обеспечивается непрерывным процессом инноваций и научных исследований. Инновационные процессы должны стимулировать взаимодействия между министерствами здравоохранения, органами снабжения, донорами, производителями, клиническими учреждениями и широкой общественностью.

Значение для предоставления услуг

- **Экономически эффективные медицинские технологии.** Инновационные технологии позволяют системе в целом сосредоточить усилия на оптимальных подходах к управлению индивидуальными и популяционными рисками [25, 30]. Оказание услуг здравоохранения зависит от функции предоставления ресурсов, в рамках которой обеспечивается внедрение новых технологий, снабжающих работников экстренной и первичной помощи, а также пациентов более точной и детальной медицинской информацией для принятия

клинических решений, например в отношении назначенных лекарственных препаратов и/или динамики артериального давления [27, 28, 32, 33, 35].

Обновление ресурсной базы создает условия для применения новых лечебных технологий, таких как роботизированная техника реабилитации [212], и неинвазивных диагностических процедур, таких как применение видеоскопов, дающих пространственное изображение для онкологической диагностики.

Информационные системы

Используются ли процессы получения информации и необходимая инфраструктура для ее сбора, управления и систематизированного использования с целью обеспечения оптимальных показателей функции предоставления услуг?

Предоставление услуг здравоохранения требует значительного объема информации. Используются многочисленные виды данных: отчетность по эпиднадзору, на основании которой судят о состоянии и динамике медико-санитарных потребностей; клинические данные для принятия решений медицинскими работниками и пациентом в целях оптимального удовлетворения индивидуальных потребностей в конкретном эпизоде оказания помощи и во времени; данные от учреждений о наличии и качестве ресурсов, необходимые организаторам здравоохранения; итоговые показатели здоровья для объективно обоснованной разработки политики и планирования; показатели деятельности для мониторинга процессов предоставления услуг и работы сотрудников в целях определения размеров оплаты; данные научных исследований и разработок для непрерывного совершенствования инструментов и стандартов предоставления услуг.

Предоставление услуг зависит от системы здравоохранения, которая определяет критерии отбора и процессы выработки, анализа и применения фактических данных в целях стратегического использования информации, аналитических разработок и результатов научных исследований на макро-, мезо- или микроуровне системы здравоохранения [2]. Многие из этих процессов могут быть усовершенствованы путем применения компьютеризированных информационных систем, которые позволяют повысить потенциал коммуникации и увеличить информационные потоки [103]. В течение последнего десятилетия эти ресурсы расширились и стали включать, например, использование электронных карт пациентов, позволяющих оптимизировать управление соответствующей информацией, а также дигитализацию процедур, что помогает преодолеть физические расстояния между пациентами и поставщиками услуг [213].

Процессы, относящиеся к информационным системам здравоохранения

Хорошо функционирующие информационные системы обеспечивают определение показателей с выстраиванием платформ для управления, анализа, распространения и использования надежной и своевременной информации в сфере здравоохранения.

- **Определение информационных потребностей.** Выработка информации зависит от четкого определения типов и параметров собираемых данных. Должен быть установлен набор ключевых параметров с их опосредованными индикаторами и форматами измерений, а также целевые ориентиры для отслеживания деятельности и поддержания стандартного цикла планирования и отчетности.
- **Построение платформ.** Внедрение информационно-коммуникационных технологий (ИКТ), позволяющих объединять данные в масштабе системы

здравоохранения, зависит от возможности недорогого, надежного и высокоскоростного подключения к Интернету и наличия базовой инфраструктуры ИКТ. Предоставление услуг здравоохранения зависит от системы здравоохранения, которая вкладывает необходимые ресурсы в создание инфраструктуры ИКТ и планирование, разработку и внедрение удобных для использования синергичных ИКТ-платформ.

- **Управление данными и их анализ.** Предоставление услуг зависит от информационных систем, которые обеспечивают своевременный и полный сбор надежных данных. Сбор данных должен проводиться непрерывно для мониторинга и динамической оценки деятельности системы здравоохранения. Степень развития информационных систем влияет на способность реализации различных процессов в рамках предоставления услуг, например на то, с какой эффективностью органы управления услугами могут выявлять и расследовать события, несущие угрозу для общественного здоровья, передавать информацию об этих событиях и предпринимать необходимые меры сдерживания.
- **Распространение знаний и использование их в практической деятельности.** Возможность синтезировать информацию и обеспечивать доступность и применение этого знания – неотъемлемая часть инновационных процессов в системе здравоохранения. Получение информации необходимо для обеспечения эффективного использования данных в процессе предоставления услуг, но этого недостаточно. Для оптимального применения данных в практике требуется также установление четких механизмов обмена информацией и управления ее потоками.

Значение для предоставления услуг

Информационные системы здравоохранения снабжают сферу предоставления услуг необходимыми данными и средствами для их сбора в стандартизированном порядке и в требуемом масштабе. Конечный результат этих процессов выражается в возможности пользоваться следующими данными и возможностями.

- **Данные эпиднадзора.** Ключевые показатели здоровья населения со временем меняются, и функция предоставления услуг здравоохранения должна непрерывно адаптироваться и развиваться с учетом этих изменений. В этом контексте на макро- и мезоуровне используются показатели здоровья населения для принятия таких решений, как, например, отбор услуг для приоритетных групп с учетом их потребностей и факторов риска. Другие функции системы здравоохранения также зависят от данных эпиднадзора, например при оценке и формировании отчетности по показателям лекарственного обеспечения или при ресертификации поставщиков услуг.
- **Клиническая информация.** На микроуровне (клиническом уровне) наличие надежной и своевременной информации о состоянии здоровья и индивидуальных медицинских потребностях дает возможность тщательно отслеживать изменения и принимать надлежащие меры, а также обеспечивать учет всей соответствующей информации в процессе принятия решений и планирования помощи.
- **Электронное здравоохранение.** Наличие в стране соответствующей физической инфраструктуры (интернет-хостов, телефонных линий, сотовой связи, широкополосных сетей) – это те минимальные условия для внедрения элек-

тронного здравоохранения в масштабах всей системы, в создании которых сфера предоставления услуг зависит от функции ресурсного обеспечения. Сюда также относится сведение к минимуму потенциальных угроз безопасности, подрывающих доверие и надежность услуг, путем создания механизмов защиты против любых катастрофических нарушений безопасности и конфиденциальности данных.

При помощи информационных технологий в области здравоохранения, инновационных коммуникационных платформ, включая электронные индивидуальные карты пациента, можно безопасно хранить данные пациентов, клинические электронные журналы для конфиденциального и удобного обмена медицинской информацией по конкретным пациентам между доверенными источниками (207).

Пациенты также получили преимущества от новых информационных технологий в здравоохранении, в частности, благодаря доступу к веб-сайтам, таким как WebMD, которые снабжены инструментами поиска и дают пациентам возможность получать нужную медицинскую информацию быстрее и легче, чем когда-либо ранее. Новые технологии помощи пациентам с ограниченной мобильностью помогают удовлетворять потребности в длительном уходе. Для этих целей используются, например, упрощенные компьютерные приложения, позволяющие пожилым пациентам отслеживать параметры своего состояния непосредственно из дома путем подключения к устройствам, измеряющим массу тела, артериальное давление и уровень глюкозы в крови, и передавать соответствующую информацию медицинским работникам через Интернет (214) (вставка 3.4).

Вставка 3.4 Решение проблемы поздней диагностики и лечения рака в Черногории с помощью методов мобильного здравоохранения

В 2008 г. на основании положений Национального плана по борьбе с раком Министерство здравоохранения Черногории разработало программу скрининга для сведения к минимуму случаев позднего диагностирования рака ободочной и прямой кишки. На уровне первичной помощи данная программа в партнерстве с национальными поставщиками мобильной связи обеспечила рассылку SMS-приглашений на обследование всем лицам в возрасте от 59 до 75 лет. В основу эффективности программы, наряду с инновационным использованием мобильной телефонной связи, легло улучшение сети поставщиков и удобный доступ пациентов к услугам в рамках системы. При устойчивом получении положительных результатов скрининга и лабораторных исследований пациенты получают электронные направления в учреждения вторичного звена. Кроме того, использование комплексной системы ИКТ позволяет всем врачам, принимающим участие в оказании помощи пациентам, постоянно быть в курсе результатов проводимых исследований и лечебных мероприятий.

- **Повышение показателей деятельности.** Залогом непрерывного совершенствования услуг здравоохранения являются мониторинг и оценка. Получаемая информация по установленным параметрам, например, дает необходимое обоснование для предоставления финансовых стимулов поставщикам. Определение показателей деятельности также существенно важно для управления качеством и в контексте мониторинга и отчетности по любым программам реформирования в сфере предоставления услуг.
- **Оперативные исследования и анализ реализации.** Одна из основных проблем в сфере преобразования услуг здравоохранения заключается в недостатке фактических данных и результатов научных исследований, позволяющих

ющих выявить наиболее эффективные подходы, оценить влияние комплексного оказания услуг на показатели здоровья и выяснить, какие инструменты лучше всего подходят в тех или иных обстоятельствах. Информационные системы здравоохранения должны обеспечить сферу предоставления услуг здравоохранения средствами для проведения научных исследований и разработки инновационных проектов, направленных на осуществление научно обоснованных преобразований.

Заключительные замечания

В контексте меняющихся медико-санитарных потребностей преобразование механизмов предоставления услуг здравоохранения играет ключевую роль в ускорении темпов улучшения показателей здоровья населения. В настоящем документе предпринята попытка обобщить и согласовать фактические данные и взгляды относительно предоставления услуг здравоохранения, что является необходимым условием для внедрения новых концепций в поддержку реформ в странах.

Проведенный обзор имеющихся данных позволяет дать следующие ответы на поставленные в настоящей работе вопросы.

1. Каковы итоговые показатели предоставления услуг здравоохранения?

Вклад функции предоставления услуг в итоговые результаты деятельности всей системы здравоохранения можно оценить по таким параметрам, как полнота, координация, ориентированность на человека и эффективность услуг. Оцениваемый в качестве результатов предоставления услуг, вклад этих параметров в итоговые показатели здоровья и их смежные детерминанты за пределами услуг здравоохранения может быть охарактеризован причинно-следственной цепью «ресурсы – процесс – промежуточный результат (показатель) – итоговый результат (показатель)».

2. Как определить функцию предоставления услуг здравоохранения?

Функцию предоставления услуг здравоохранения можно охарактеризовать ее основными процессами: отбор услуг; разработка услуг; организация поставщиков; руководство оказанием услуг; улучшение показателей деятельности. Характеристики каждого из процессов распространяются по всем уровням, начиная от *макроуровня* (системы здравоохранения), через *мезоуровень* (организация), до *микроуровня* (клинические учреждения), где функции и роли различных действующих сил определяют степень их влияния.

3. Каким образом остальные функции системы здравоохранения обеспечивают условия для предоставления услуг?

Рассмотрен уникальный вклад каждой из трех остальных функций системы здравоохранения (руководство, финансирование и ресурсное обеспечение) в деятельность по предоставлению услуг здравоохранения. Обозначены те факторы, которые определяют масштабные преобразования в сфере предоставления услуг и при этом органично включены в систему здравоохранения.

Взаимозависимость процессов предоставления услуг, которые распространяются на все уровни системы здравоохранения и в рамках каждого уровня вовлекают различные действующие силы в различных условиях и сопряжены с различными вмешательствами, требует настолько же динамичного подхода для планирования улучшений. Использование полученных аналитических выводов в реформах, направленных на укрепление услуг здравоохранения, легло в основу одного из ключевых принципов планирования: интеграция услуг здравоохранения. Интегрированные, комплексные услуги здравоохранения позволяют полноценно учесть взаимозависимость процессов предоставления услуг и соответствующих условий системы здравоохранения, создаваемых за счет других функций, в целях обеспечения согласованных действий, направленных на устранение ключевых причин недостатков.

Поэтому комплексное предоставление услуг здравоохранения можно описать как механизм совершенствования и повышения согласованности функций системы здравоохранения в целях оптимального обеспечения полных, скоординированных, ориентированных на человека и эффективных услуг. Таким образом, можно утверждать, что системы здравоохранения по-настоящему «поворачиваются лицом к человеку», поддерживая предоставление услуг, которые ориентированы на нужды населения и индивидуумов, для оптимального отбора, планирования, организации, управления и совершенствования услуг.

Интегрированное предоставление услуг здравоохранения – это механизм повышения согласованности систем здравоохранения и ее основных функций за счет создания таких условий для процессов предоставления услуг, которые позволяют оптимально удовлетворять медико-санитарные потребности населения и индивидуумов, интересам которых они призваны служить.

Приложение 1.

Проанализированные рамочные основы, инструменты и стратегии

Рамочные основы

#	Название	Ссылка
1	Инструмент быстрой оценки функции предоставления услуг с показателями деятельности	[48]
2	Система контрольных кнопок	(90)[90]
3	Системное мышление для укрепления систем	[215]
4	Составные элементы («строительные блоки») системы здравоохранения (по классификации ВОЗ)	[2]
5	Модель Белладжю	[216]
6	Модель оказания помощи при хронических состояниях	[52]
7	Рамочная основа Фонда Содружества для обеспечения высоких показателей деятельности системы	[217]
8	Система оценки оказания помощи при нарушениях здоровья, связанных с поведенческими факторами	[218]
9	Рамочная основа Международного партнерства по здравоохранению	[219]
10	Рамочная основа ВОЗ для оценки деятельности системы здравоохранения	[16]
11	Сети комплексного предоставления услуг здравоохранения	[63]
12	Модель надомного обслуживания, ориентированного на пациента	[220]

Инструменты

#	Название	Ссылка
1	Оценка услуг здравоохранения	[46]
2	Инструмент оценки для укрепления систем здравоохранения	[49]
3	Оценка деятельности в системах здравоохранения стран ОЭСР	[221]
4	Индикаторы качества медицинской помощи (ОЭСР)	[208]
5	Обследование систем здравоохранения	[47]
6	Инструмент для комплексной оценки районных систем здравоохранения	[222]
7	Инструмент оценки первичной медико-санитарной помощи (PCAT)	[51]
8	Инструмент оценки системы первичной медико-санитарной помощи (PCET)	[41]
9	Монитор первичной помощи	[68]
10	Укрепление систем здравоохранения для улучшения результатов борьбы с НИЗ	(223)[222] [223]
11	Инструмент оценки деятельности для повышения качества стационарной помощи	[88]
12	Методика оценки доступности и готовности служб (SARA)	[44]
13	Поэтапный подход (STEPS) к эпиднадзору	[224]
14	Пакет основных вмешательств по борьбе с НИЗ на уровне ПМСП	[100]

Действующие глобальные и европейские стратегии ВОЗ

#	Название	Ссылка
1	Комплексный план действий в области психического здоровья на 2013–2020 гг.	[225]
2	Европейский план действий по охране психического здоровья	[226]
3	Глобальный план действий по профилактике НИЗ и борьбе с ними на 2013–2020 гг.	[227]
4	Европейская стратегия профилактики и борьбы с НИЗ (2012–2016 гг.)	[17]
5	Глобальный план «Остановить туберкулез», 2011–2015 гг.	[56]
6	План «Остановить ТБ» для 18 наиболее приоритетных стран Европейского региона ВОЗ, 2007–2015 гг.	[18]
7	Глобальная стратегия сектора здравоохранения по ВИЧ/СПИДу, 2011–2015 гг.	[57]
8	Европейский план действий по ВИЧ/СПИДу на 2012–2015 гг.	[19]
9	Глобальный план действий в отношении вакцин, 2011–2020 гг.	[54]
10	Европейский план действий в отношении вакцин, 2015–2020 гг.	[55]
11	Глобальная стратегия в отношении здоровья женщин и детей	[20]
12	Стратегия и план действий в поддержку здорового старения в Европе на 2012–2020 гг.	[10]
13	Глобальная стратегия ВОЗ в отношении комплексного предоставления социально ориентированных услуг здравоохранения [предварительный доклад]	[8]

Глоссарий основных терминов

Интегрированное предоставление услуг здравоохранения (Integrated health services delivery). Механизм повышения согласованности систем здравоохранения и ее основных функций за счет создания таких условий для процессов предоставления услуг, которые позволяют оптимально удовлетворять медико-санитарные потребности населения и индивидуумов, интересам которых они призваны служить.

Комплексность (Comprehensiveness). Характеристика услуг здравоохранения, предоставляемых на популяционном и индивидуальном уровнях, когда они охватывают широкий спектр видов помощи на различных этапах жизни, включая защиту и укрепление здоровья, профилактику, диагностику, лечение и ведение случаев болезней, длительный уход, реабилитационную и паллиативную помощь; адаптировано из [8, 41, 50, 51].

Координация (Coordination). Результат отбора, планирования, организации, управления и совершенствования услуг в конкретном эпизоде оказания помощи и в процессе предоставления услуг во времени и на различных этапах жизни в целях обеспечения оптимальных результатов.

Организация поставщиков (Organizing providers). Организация кадров здравоохранения, обеспечивающая распределение профессиональных функций и сфер практики в соответствии с отобранными услугами и их планированием, а также создание условий, при которых работники здравоохранения действуют в соответствии с имеющимися условиями и форматами практики, предоставляя услуги в оптимальном режиме; адаптировано из [47, 49, 63].

Ориентированность на людей (People-centredness). Степень, в которой предоставление услуг отвечает нуждам человека, включая отбор услуг в соответствии с индивидуальными потребностями и известными рисками, планирование помощи с вовлечением пациента в процесс принятия решений, рациональную организацию деятельности поставщиков услуг, а также наличие механизмов управления и оптимизации в целях обеспечения наилучших итоговых результатов.

Отбор услуг (Selecting services). Определение приоритетности услуг здравоохранения для четко обозначенных групп населения в целях социально справедливого повышения уровня, поддержания и восстановления здоровья на протяжении всей жизни, с обеспечением широкого диапазона услуг, включая охрану и укрепление здоровья, профилактику, диагностику и лечение болезней, долгосрочный уход, реабилитацию и паллиативную помощь, в соответствии с индивидуальными потребностями; адаптировано из [48, 63].

Разработка услуг (Designing care). Создание маршрутов оказания услуг, которые стандартизируют последовательность их предоставления согласно имеющимся фактическим данным, обозначая переходы между видами и уровнями помощи, одновременно обеспечивая персонализацию маршрутов пациентов и соответствие индивидуальным потребностям людей; адаптировано из [86].

Руководство оказанием услуг (Managing services). Планирование и составление бюджета, распределение ресурсов, контроль за осуществлением и мониторинг результатов для поддержания определенной степени последовательности и порядка предоставления услуг и, при необходимости, принятие мер, направленных на решение проблем и устранение недостатков.

Системы здравоохранения, ориентированные на людей (People-centred health systems). Организация основных системных функций ресурсного обеспечения, финансирования и руководства, которая отражает приоритет отдельных граждан, их семей и сообществ во всех решениях, создавая условия для предоставления услуг, соответствующих медико-санитарным потребностям, более широким детерминантам здоровья и обоснованным ожиданиям населения, что способствует достижению поставленных целей по улучшению показателей здоровья.

Улучшение показателей деятельности (Improving performance). Процесс создания механизмов обратной связи, обеспечивающих процесс усвоения новых знаний и навыков на основе спонтанных оценок, и внедрение полезных изменений для обеспечения высокого уровня деятельности благодаря циклам непрерывного обучения и систематического пересмотра клинических процессов; адаптировано из [48, 49, 63].

Эффективность (Effectiveness). Степень, в которой услуги предоставляются в соответствии с современной научной базой, в целях оптимального обеспечения желаемых результатов; адаптировано из [88].

Библиография

1. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2000 г. Системы здравоохранения: улучшение деятельности. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2000.
2. WHO. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes. Geneva: World Health Organization; 2007.
3. WHO. Monitoring the building blocks. Geneva: World Health Organization; 2007.
4. Travis P, Egger D, Davies P, Mechbal A. Towards better stewardship: concepts and critical issues. Geneva: World Health Organization; 2002.
5. ВОЗ. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2010 г. Финансирование систем здравоохранения. Путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2010.
6. ВОЗ. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2006 г. Работать вместе на благо здоровья. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2006.
7. ВОЗ. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2008 г. Первичная медико-санитарная помощь: сегодня актуальнее, чем когда-либо. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2008.
8. ВОЗ. Глобальная стратегия ВОЗ в отношении комплексного предоставления социально ориентированных услуг здравоохранения [предварительный доклад]. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2015.
9. Европейское региональное бюро ВОЗ. Таллиннская хартия: Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2008.
10. Европейское региональное бюро ВОЗ. Стратегия и план действий в поддержку здорового старения в Европе, 2012–2020 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2012.
11. Всемирная организация здравоохранения. Алма-Атинская декларация. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 1978.
12. Adam T, Savigny D de. Systems thinking for strengthening health systems in LMICs: need for a paradigm shift. Health Policy Plan. 2012 Oct 1;27(suppl 4):iv1–3.
13. Atun R. Health systems, systems thinking and innovation. Health Policy Plan. 2012 Oct 1;27(suppl 4):iv4–8.
14. Европейское региональное бюро ВОЗ. Приоритетные задачи в области укрепления систем здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ на 2015–2020 гг. Ориентация на нужды людей: от слов к делу. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015.
15. Европейское региональное бюро ВОЗ. Дорожная карта. Укрепление систем здравоохранения, ориентированных на нужды и запросы людей, в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013.
16. ВОЗ. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2000 г. Системы здравоохранения: улучшение деятельности. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2000.
17. Европейское региональное бюро ВОЗ. План действий по реализации Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями, 2012–2016 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2012.
18. Европейское региональное бюро ВОЗ. План «Остановить ТБ» для 18 наиболее приоритетных стран Европейского региона ВОЗ, 2007–2015 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2008.
19. Европейское региональное бюро ВОЗ. Европейский план действий по ВИЧ/СПИДу на 2012–2015 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2011.

20. Генеральный секретарь ООН. Глобальная стратегия охраны здоровья женщин и детей. Нью-Йорк: Партнерство по охране здоровья матерей, новорожденных и детей; 2010.
21. van Olmen J, Criel B, Damme WV, Marchal B, Belle SV, Dormael MV, et al. Analysing health systems to make them stronger. 2010.
22. Европейское региональное бюро ВОЗ. Здоровье-2020: основы европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013.
23. Christensen K, Doblhammer G, Rau R, Vaupel JW. Ageing populations: the challenges ahead. *Lancet*. 2009 Oct 3;374(9696):1196–208.
24. Christensen K, McGue M, Peterson I, Jeune B, Vaupel J. Exceptional longevity does not result in excessive levels of disability. *Proc Natl Acad Sci*. 2008;105(36).
25. Vaupel JW, Carey JR, Christensen K, Johnson TE, Yashin AI, Holm NV, et al. Biodemographic trajectories of longevity. *Science*. 1998 May 8;280(5365):855–60.
26. Fortin M, Bravo G, Hudon C, Vanasse A, Lapointe L. Prevalence of multimorbidity among adults seen in family practice. *Ann Fam Med*. 2005 Jun;3(3):223–8.
27. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet*. 2005 Mar 19;365(9464):1099–104.
28. Prados-Torres A, Poblador-Plou B, Calderón-Larrañaga A, Gimeno-Feliu LA, González-Rubio F, Poncel-Falcó A, et al. Multimorbidity Patterns in Primary Care: Interactions among Chronic Diseases Using Factor Analysis. *PLoS ONE*. 2012 Feb 29;7(2):e32190.
29. van den Akker M, Buntinx F, Metsemakers JF, Roos S, Knottnerus JA. Multimorbidity in general practice: prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases. *J Clin Epidemiol*. 1998 May;51(5):367–75.
30. Европейское региональное бюро ВОЗ. Туберкулез в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014.
31. Oxford Health Alliance working group. Economic consequences of chronic diseases and the economic rationale for public and private intervention. Oxford: OHAW; 2005.
32. Mold JW, Blake GH, Becker LA. Goal-oriented medical care. *Fam Med*. 1991 Jan;23(1):46–51.
33. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJ, editors. Global Burden of Disease and Risk Factors [Internet]. Washington (DC): World Bank; 2006 [cited 2014 Dec 3]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11812/>
34. Rosenmoller M, McKee M, Baeten R. Patient mobility in the European Union: learning from experiences. Copenhagen, Denmark: WHO on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2006.
35. European Commission. Cross-border care [Internet]. European Commission DG Health and Consumers. 2014. Available from: http://ec.europa.eu/health/cross_border_care/policy/index_en.htm
36. European Commission. Definition of a frame of reference in relation to primary care with a special emphasis on financing systems and referral systems. Brussels, Belgium: European Commission; 2014.
37. Yaya S, Danhouno G. Introduction: special issue on innovations in health care system reform in OECD countries. *Innov J Public Sect Innov J*. 2015;20(1).
38. WHO Regional Office for Europe. Coordinated/integrated health services delivery kick-off technical meeting: meeting report, Istanbul, 3-5 February 2014. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe; 2014.

39. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol.* 2007;8(1):19–32.
40. Freeman GK, Shepperd S, Robinson I, Ehrich K, Richards S. Continuity of care: report of a scoping exercise 2000 for the SDO Programme of NHS R&D. London: NCCSDO; 2001.
41. WHO Regional Office for Europe. Primary care evaluation tool [Internet]. WHO Regional Office for Europe; 2010. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/107851/PrimaryCareEvalTool.pdf
42. PAHO. Integrated health services delivery networks: concepts, policy options and a roadmap for implementation in the Americas. Washington, DC: Pan American Health Organization; 2010.
43. Murray C, Evans D. Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism. Geneva: World Health Organization; 2003.
44. WHO. Service availability and readiness assessment (SARA): an annual monitoring system for service delivery. Geneva: World Health Organization; 2013.
45. WHO Regional Office for Europe. Performance assessment tool for quality improvement in hospitals. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2007.
46. Adams O, Shengelia B, Stilwell B, Larizgoitia I, Issakov A, Kwankam SY, et al. Provision of personal and non-personal health services: proposal for monitoring. Geneva: WHO; 2002.
47. OECD. Health systems institutional characteristics: a survey of 29 OECD countries. OECD; 2010.
48. Wendt D. Health system rapid diagnostic tool. North Carolina, US: Family Health International; 2012.
49. USAID. Health system assessment approach: a how-to manual version 2.0. USAID; 2012.
50. Kringos D. The strength of primary care in Europe. Utrecht University: NIVEL; 2012.
51. John Hopkins University. Primary care assessment tool [Internet]. 2014. Available from: http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/pca_tools.html
52. Wagner EH. Care of older people with chronic illness. *Older People Build System Evid.* 1999;39–64.
53. Nicholson C, Jackson C, Marley J. A governance model for integrated primary/secondary care for the health-reforming first world - results of a systematic review. *BMC Health Serv. Res.* 2013;13(528).
54. ВОЗ. Глобальный план действий в отношении вакцин, 2011–2020 гг. Женева: ВОЗ; 2013.
55. Европейское региональное бюро ВОЗ. Европейский план действий в отношении вакцин, 2015–2020 гг. Предварительная версия. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014.
56. WHO. The Global Plan to STOP TB 2011-2015. Geneva: WHO; 2010.
57. ВОЗ. Глобальная стратегия сектора здравоохранения по ВИЧ/СПИДу на 2011–2015 гг. Женева: ВОЗ; 2011.
58. WHO Regional Office for Europe. Compendium of initiatives for strengthening coordinated/integrated health services delivery in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; Forthcoming.
59. Marmot M. Обзор социальных детерминант и разрыва по показателям здоровья в Европейском регионе ВОЗ: заключительный доклад. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014. Обновленный повторный тираж, 2014.

60. Pan American Health Organization. *Renewing primary health care in the Americas*. Washington, DC: Pan American Health Organization/World Health Organization; 2007.
61. Chin MH, Walters AE, Cook SC, Huang ES. Interventions to Reduce Racial and Ethnic Disparities in Health Care. *Med Care Res Rev MCRR*. 2007 Oct;64(5 Suppl):7S – 28S.
62. Starfield B. *Primary care: balancing health needs, services, and technology*. New York: Oxford University Press; 1998.
63. WHO PAHO. *Integrated health services delivery networks: concepts, policy options and a road map for implementation in the Americas*. Washington, DC: PAHO; 2011.
64. Weingarten SR, Henning JM, Badamgarav E, Knight K, Hasselblad V, Gano Jr A, et al. Interventions used in disease management programmes for patients with chronic illness-which ones work? Meta-analysis of published reports. *BMJ*. 2002;325:1–8.
65. Bindman AB, Grumbach K, Osmond D, Vranizan K, Stewart AL. Primary care and receipt of preventive services. *J Gen Intern Med*. 1996 May;11(5):269–76.
66. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Mullbank Q*. 2005;83:457–502.
67. Purdy S, Paranjothy S, Huntley A, Thomas R, Mann M, Huws D, et al. *Interventions to reduce unplanned hospital admission: a series of systematic reviews*. Bristol, UK: National Institute for Health Research; 2012.
68. Kringos DS, Boerma W, Hutchinson A, van der Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Serv. Res*. 2010;10(65).
69. *Health Services Delivery Programme. Integrated care in Europe: what is measured and how?* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; Forthcoming.
70. Hirshon JM, Risko N, Calvello EJ, Stewart de Ramirez S, Narayan M, Theodosis J, et al. Health systems and services: the role of acute care. *Bull World Health Organ*. 2013;91(5):386–8.
71. Bodenheimer T. Coordinating care--a perilous journey through the health care system. *N Engl J Med*. 2008 Mar 6;358(10):1064–71.
72. Chew-Graham CA, Lovell K, Roberts C, Baldwin R, Morley M, Burns A, et al. A randomized controlled trial to test the feasibility of a collaborative care model for the management of depression in older people. *Br J Gen Pract*. 2007;364–70.
73. Inglis SC, Pearson S, Treen S, Gallasch T, Horowitz JD, Stewart S. Extending the horizon in chronic heart failure: effects of multidisciplinary, home-based intervention relative to usual care. *J Am Heart Assoc*. 2006;
74. Stevenson K, Baker R, Farooqi A, Sorrie R, Khunti K. Features of primary health care teams associated with successful quality improvement of diabetes care: a qualitative study. *Oxf Univ Press*. 2001;18(1).
75. Yarnall KSH, Ostbye T, Krause K, Pollak KI, Gradison M, Michener L. Family physicians as team leaders: "time" to share the care. *Prev Chronic Dis*. 2009;6(2):A59.
76. Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(3).
77. IOM. *Roundtable on value and science-driven health care: the healthcare imperative: lowering costs and improving outcomes*. Washington, DC: National Academies Press; 2010.
78. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*. 2003 Nov 22;327(7425):1219–21.

79. Reid RJ, Haggerty JL, McKendry R. Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 2002.
80. Saltman R, Rico A, Boerma W. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European Primary Care. England: European Observatory on Health Systems and Policies Series; 2006.
81. Uijen AA, Schers HJ, Schellevis F., van den Bosch WJ. How unique is continuity of care? A review of continuity and related concepts. *Fam Pract.* 2012;29:264–71.
82. Freeman GK, Woloshynowych M, Baker R, Boulton M, Guthrie B, Car J, et al. Continuity of care 2006: what have we learned since 2000 and what are policy imperatives now? London: National Coordinating Centre for NHS Service Delivery and Organization R&D; 2007.
83. WHO. People-centred and integrated health services: an overview of the evidence. Geneva: WHO; 2015.
84. Sans-Corrales M, Pujol-Ribera E, Gene-Badia J, Pasarin-Rua M, Iglesias-Perez B, Casajuana-Brunet J. Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs. *Oxf Univ Press.* 2005;
85. Saultz JW, Lochner J. Interpersonal continuity of care and care outcomes: a critical review. *Ann Fam Med.* 2005;3(2):159–66.
86. Ovretveit J. Does clinical coordination improve quality and save money? London: The Health Foundation Inspiring Improvement; 2011.
87. Banks P. Policy framework for integrated care for older people. London: King's Fund; 2002.
88. Veillard J, Champagne F, Klazinga N, Kazandjian V, Arah OA, Guisset A-L. A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europe PATH project. *Int J Qual Health Care.* 2005;17(6):487–96.
89. Arah O, Westerd G, Hurst J, Klazinga N. A conceptual framework for the OECD health care quality indicators project. Paris, France: OECD; 2006.
90. Roberts M, Hsiao W, Berman P, Reich M. Getting health reform right: a guide to improving performance and equity. Oxford: Oxford University Press; 2008.
91. Health Improvement and Innovation Resource Centre. Integrated performance and incentive framework: achieving the best health care performance for New Zealand [Internet]. Health Improvement and Innovation Resource Centre; 2013. Available from: <http://www.hiirc.org.nz/page/42610/draft-integrated-performance-and-incentive/?jsessionid=B22A87CCE567BAD0F49D0032EE8B7E92?show=popular&contentType=251§ion=8959>
92. Murray F. A framework for assessing the performance of health systems. *Bull World Health Organ.* 2000;78(6).
93. Valentijn P, Schepman S, Opheij W, Bruijnzeels M. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *Int J Integr Care.* 2013;13(22).
94. Caldwell S, Mays N. Studying policy implementation using a macro, meso and micro frame analysis: the case of the collaboration for leadership in applied health research and care (CLAHRC) programme nationally and in North West London. *Health Res Policy Syst.* 2012;10(32).
95. Европейское региональное бюро ВОЗ. Ориентировать системы здравоохранения на нужды людей – инновационный подход к улучшению здоровья. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014.
96. Ferrer L. Engaging patients, carers and communities for the provision of coordinated/integrated health services: strategies and tools. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe; 2015.

97. Denison E, Vist GE, Underdal V, Berg RC. Effects of organised follow-up of behaviour that may increase risk of disease in adults. *Nor Knowl Cent Health Serv.* 2011;
98. UNICEF. Strengthening Child-Sensitive Integrated Social Protection and Inclusion System at Municipal Level - Lessons learnt from Bosnia and Herzegovina. Sarajevo: UNICEF; 2012.
99. WHO. Implementing the WHO stop TB strategy: a handbook for national tuberculosis control programmes. Switzerland: World Health Organization; 2008.
100. WHO. Package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care in low-resource settings. Geneva: WHO; 2010.
101. Jones RG, Trivedi AN, Ayanian JZ. Factors Influencing the Effectiveness of Interventions to Reduce Racial and Ethnic Disparities in Health care. *Soc Sci Med* 1982. 2010 Feb;70(3):337-41.
102. Starfield B, Birn AE. Income redistribution is not enough: income inequality, social welfare programs, and achieving equity in health. *J Epidemiol Community Health.* 2007;61(12):1038-41.
103. Suter E, Oelke ND, Adair CE, Armitage GD. Ten Key Principles for Successful Health Systems Integration. *Healthc Q Tor Ont.* 2009 Oct;13(Spec No):16-23.
104. van Baal PH, Engelfriet PM, Hoogenveen R, Poos MJ, van den Dungen C, Boshuizen HC. Estimating and comparing incidence and prevalence of chronic diseases by combining GP registry data: the role of uncertainty. *BMC Public Health.* 2011;11(163).
105. Balicer RC, Shadmi E, Lieberman N, Greenberg-Dotan S, Goldfracht M, Jana L, et al. Reducing health disparities: strategy planning and implementation in Israel's largest health care organization. *Health Serv Res.* 2011;46(4).
106. Basque Government. A strategy to tackle the challenge of chronicity in the Basque Country. Basque Country: Basque Government - Department of Health and Consumer Affairs; 2010.
107. Hutchings HA, Evans BA, Fitzsimmons D, Harrison J, Heaven M, Huxley P, et al. Predictive risk stratification model: a progressive cluster-randomised trial in chronic conditions management (PRISMATIC) research protocol. *Trials.* 2013 Dec 1;14(1):1-10.
108. McCarthy D, Muelle K, Wrenn J. Kaiser Permanente: bridging the quality divide with integrated practice, group accountability, and health information technology. *Commonw Fund.* 2009;17(1278).
109. Garcia-Goni M, Hernandez-Quevedo C, Nuno-Solinis R, Paolucci F. Pathways towards chronic-care focused healthcare systems: evidence from Spain. London: LSE Health; 2011.
110. Orueta F, Del Pino MM, Beraza B, Solinis NR, Zubizarreta CM, Sarabia SC. Stratification of the population in the Basque Country: results in the first year of implementation. *Aten Primaria.* 2013;45(1):54-60.
111. Prieto L. Activation of risk stratification strategies - ASSEHS project [Internet]. Engaged community for active and healthy ageing. 2014. Available from: <http://engaged-innovation.eu/discussions/activation-risk-stratification-strategies-assehs-project>
112. Denison E, Vist GE, Underland V, Berg RC. Interventions aimed at increasing the level of physical activity by including organised follow-up: a systematic review of effect. *BMC Fam Pract.* 2014 Jun 17;15(1):120.
113. Ministry of Social Affairs. Prescriptions for a healthier Norway: a broad policy for public health. Oslo, Norway: Helsedepartementet - Ministry of Social Affairs; 2003. Report No.: No. 16 (2002-2003) to the Storting.

114. Norwegian Directorate of Health. Health promotion - achieving good health for all. Oslo, Norway: Helsedirektoratet - Norwegian Directorate of Health; 2010.
115. Stangeland S, Sevlid CH, Tjelta LI, Dyrstad SM. Norwegian primary health care: Evaluation of a lifestyle intervention program - Fysioterapeuten [Internet]. 2013 [cited 2014 Nov 14]. Available from: <http://fysioterapeuten.no/Fag-og-vitenskap/Fagartikler/Norwegian-primary-health-care-Evaluation-of-a-lifestyle-intervention-program>
116. Grone O, Garcia-Barbero M. Integrated care: a position paper of the WHO European office for integrated health services. *Int J Integr Care*. 2001;1(1).
117. Shaw CD, Kalo I. A background for national quality policies in health systems. Geneva: World Health Organization; 2002.
118. Al-Omran M, Mamdani MM, Lindsay TF, Melo M, Jurrlink DN, Verma S. Suboptimal use of statin therapy in elderly patients with atherosclerosis: a population-based study. *J Vasc Surg*. 2008;48(3):607–12.
119. Brown JB, Harris SB, Webster-Bogaert S, Wetmore S, Faulds C, Stewart M. The role of the patient, physician and systemic factors in the management of type 2 diabetes mellitus. *Fam Pract*. 2002;19(4):344–9.
120. Canadian Institute of Health Research. Agree: advancing the science of practice guidelines [Internet]. 2015. Available from: <http://www.agreetrust.org>
121. Liu J, Wyatt JC, Altman DG. Decision tools in health care: focus on the problem, not the solution. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2006 Jan 20;6:4.
122. Center for Health Policies and Analysis in Health. Evaluation of integrated management of childhood illnesses initiative in the Republic of Moldova: years 2000-2010. Chisinau, Republic of Moldova: UNICEF; 2000.
123. Pattison DL, Boderscova L. Child and adolescent health services in the Republic of Moldova. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012.
124. Rotter T, Kugler J, Koch R, Gothe H, Twork S, Oostrum JM van, et al. A systematic review and meta-analysis of the effects of clinical pathways on length of stay, hospital costs and patient outcomes. *BMC Health Serv Res*. 2008 Dec 19;8(1):265.
125. Grimshaw JM, Winkens R a. G, Shirran L, Cunningham C, Mayhew A, Thomas R, et al. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;(3):CD005471.
126. Harrison A, Verhoef M. Understanding Coordination of Care from the Consumer's Perspective in a Regional Health System. *Health Serv Res*. 2002 Aug;37(4):1031–54.
127. Jackson CL, Askew DA, Nicholson C, Brooks PM. The primary care amplification model: taking the best of primary care forward. *BMC Health Serv Res*. 2008 Dec 21;8(1):268.
128. Dubois C-A, Nolte E, McKee M. Human resources for health in Europe. In: Human resources for health in Europe. European Observatory on Health Systems and Policies; 2006.
129. Gilam S, Schamroth A. The community-oriented primary care experience in the United Kingdom. *Am J Public Health*. 2002;92(11).
130. Piña IL, Cohen PD, Larson DB, Marion LN, Sills MR, Solberg LI, et al. A framework for describing health care delivery organizations and systems. *Am J Public Health*. 2015 Apr;105(4):670–9.
131. Sheiman I, Shevski V. Health care integration in the Russian Federation: conceptual framework evaluation, and new instruments. Moscow, Russia: National Research University Higher School of Economics; 2013.
132. Sternberg SB, Co JPT, Homer CJ. Review of quality measures of the most integrated health care settings for children and the need for improved measures: recommendations for initial core measurement set for CHIPRA. *Acad Pediatr*. 2011 Jun;11(3 Suppl):S49–58.e3.

133. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Behavioural health integration checklist. Advancing integrated mental health solutions (AIMS) Center. Washington: University of Washington;
134. Anell AL, Glenngård AH. The use of outcome and process indicators to incentivize integrated care for frail older people: a case study of primary care services in Sweden. *Int J Integr Care* [Internet]. 2014 Dec 15 [cited 2015 Oct 9];14(4). Available from: <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/URN%3ANBN%3ANL%3AUI%3A10-1-114805>
135. Bourgeault IL, Kuhlmann E, Neiterman E, Wrede S. How can optimal skill mix be effectively implemented and why? Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe; 2008.
136. Chen L, Evans T, Anand S, Boufford JI, Brown H, Chowdhury M, et al. Human resources for health: overcoming the crisis. *The Lancet*. 2004 Nov; 364(9449):1984–90.
137. Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA. The new world of managed care: creating organized delivery systems. *Health Aff Proj Hope*. 1994;13(5):46–64.
138. Starfield B. Continuous confusion? *Am J Public Health*. 1980 Feb;70(2):117–9.
139. Davies GP, Williams AM, Larsen K, Perkins D, Roland M, Harris MF. Coordinating primary health care: an analysis of the outcomes of a systematic review. *Med J Aust* [Internet]. 2008 [cited 2014 Nov 22];188(8). Available from: <https://www.mja.com.au/journal/2008/188/8/coordinating-primary-health-care-analysis-outcomes-systematic-review>
140. Berendsen AJ, Benneker WH, Meyboom-de Jong B, Klazinga N, Schuling J. Motives and preferences of general practitioners for new collaboration models with medical specialists: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2007;7(4).
141. Borgermans L, Goderis G, Van Den Broeke C, Verbeke G, Carbonez A, Ivanova A, et al. Interdisciplinary diabetes care teams operating on the interface between primary and specialty care are associated with improved outcomes of care: findings from the Leuven Diabetes Project. *BMC Health Serv Res*. 2009;9(179).
142. Campbell SM, Hann M, Hacker J, Burns C, Oliver D, Thapar A, et al. Identifying predictors of high quality care in English general practice: observational study. *BMJ*. 2001;323.
143. Aiken LH, Sermeus W, Van den Heede K, Sloane DM, Busse R, McKee M, et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ* [Internet]. 2012 [cited 2014 Nov 21];344. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3308724/>
144. Kotter JP. A force for change: how leadership differs from management. New York: The Free Press; 1990.
145. Mintzberg H. Managing. *Pers Psychol*. 2010;63(1).
146. Howitt P, Darzi A, Yang G-Z, Ashrafian H, Atun R, Barlow J, et al. Technologies for global health. *The Lancet*. 2012 Aug;380(9840):507–35.
147. Adams O, Shengelia B, Goubarev A, Issakov A, Kwankam S., Stilwell B, et al. Human, physical and intellectual resource generation - proposals for monitoring. Geneva: World Health Organization; 2002.
148. Brown L, Tucker C, Domokos T. Evaluating the impact of integrated health and social care teams on older people living in the community. *Health Soc Care Community*. 2003 Mar;11(2):85–94.
149. Laucevicius A, Abraitis V, Gaizauskiene A, Klumbiene J, Petruiloniene Z, Kizlaitis R. Eastern Lithuania cardiology project (ELCP): demographic and epidemiological situation, activities of health care institutions and the needs of the patients in the region. *Semin Cardiol*. 2005;11(4).

150. Training, Research and Development Centre. Study on quality and accessibility of the cardiologic health care and primary health care (family physician) services - final report 2008. Lithuania: Training, Research and Development Centre, Lithuania; 2008.
151. Rohde J, Cousens S, Chopra M, Tangcharoensathien V, Black R, Bhutta ZA, et al. 30 years after Alma-Ata: has primary health care worked in countries? *Lancet*. 2008 Sep 13;372(9642):950-61.
152. Puska P, Ståhl T. Health in all policies-the Finnish initiative: background, principles, and current issues. *Annu Rev Public Health*. 2010;31:315-28 3 p following 328.
153. Dombois OT, Kahlmeier S, Martin-Diener E, Martin B, Racioppi F, Braun-Fahrlander C. Collaboration between the health and transport sectors in promoting physical activity: examples from European Countries. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006.
154. WHO Regional Office for Europe. Opportunities for scaling up and strengthening the health-in-all-policies approach in south-eastern Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013.
155. Brinkerhoff DW, Wetterberg A. Performance-based public management reforms: experience and emerging lessons from services delivery improvements in Indonesia. Rome, Italy: University of Rome; 2012.
156. Bohmer R. Leading clinicians and clinicians leading. *N Engl J Med*. 2013;368(16).
157. Afrite A, Bourgueil Y, Daniel F, Mouseques J. The impact of multi-professional group practices on healthcare supply - evaluation aims and methods for "maisons", "poles de sante" and "centres de sante" within the framework of experiments with new mechanisms of remuneration. *Quest Econ Sante*. 2013;(189).
158. Bohmer R. Managing the new primary care: the new skills that will be needed. *Health Aff (Millwood)*. 2010;29(5):1010-4.
159. Merkur S, Mladovsky P, Mossialos E, McKee M. Обеспечивает ли система непрерывного обучения и переаттестации поддержание необходимого профессионального уровня врачей? Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2008.
160. European Union. Joint action health workforce planning and forecasting [Internet]. 2015. Available from: <http://euhwforce.weebly.com>
161. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*. 376(9756):1923-58.
162. Krevesky J, Raymond C, Woloschuk M. Continuing professional development for pharmacy technicians: start of an evolution? *Can Pharm J*. 2012;145(3):120-2.
163. WFME. Continuing professional development of medical doctors: WFME global standards for quality improvement [Internet]. Copenhagen: WFME; 2003. Available from: <http://wfme.org/standards/cpd/16-continuing-professional-development-cpd-of-medical-doctors-english/file>
164. Filipe HP, Silva ED, Stulting AA, Golnik KC. Continuing Professional Development: Best Practices. *Middle East Afr J Ophthalmol*. 2014;21(2):134-41.
165. Robertson MK, Umble KE, Cervero RM. Impact studies in continuing education for health professions: update. *J Contin Educ Health Prof*. 2003;23(3):146-56.
166. Smits PBA. Problem based learning in continuing medical education: a review of controlled evaluation studies. *BMJ*. 2002 Jan 19;324(7330):153-6.
167. Langins M, Borgermans L. Competent health workforce for the provision of coordinated/integrated health services. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015.

168. Dexheimer JW, Talbot TR, Sanders DL, Rosenbloom ST, Aronsky D. Prompting Clinicians about Preventive Care Measures: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *J Am Med Inform Assoc JAMIA*. 2008;15(3):311–20.
169. Ivers N, Jamtvedt G, Flottorp S, Young JM, Odgaard-Jensen J, French SD, et al. Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;6:CD000259.
170. Davis DA, Mazmanian PE, Fordis M, Van Harrison R, Thorpe KE, Perrier L. Accuracy of physician self-assessment compared with observed measures of competence: a systematic review. *JAMA*. 2006 Sep 6;296(9):1094–102.
171. Lockyer J. Multisource feedback in the assessment of physician competencies. *J Contin Educ Health Prof*. 2003;23(1):4–12.
172. Overeem K, Faber MJ, Arah OA, Elwyn G, Lombarts KMJM, Wollersheim HC, et al. Doctor performance assessment in daily practice: does it help doctors or not? A systematic review. *Med Educ*. 2007 Nov;41(11):1039–49.
173. Marshall S, Haywood K, Fitzpatrick R. Impact of patient-reported outcome measures on routine practice: a structured review. *J Eval Clin Pract*. 2006 Oct;12(5):559–68.
174. Smyth L. Making integration work requires more than goodwill. *Healthc Q Tor Ont*. 2009;13 Spec No:43–8.
175. Goodwin N, Dixon A, Anderson G, Wodchis W. Providing integrated care for older people with complex needs: lessons from seven international case studies. London: The King's Fund; 2014.
176. WHO. Adelaide recommendations on healthy public policy [Internet]. Geneva: World Health Organization; 1998. Available from: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/Adelaide_recommendations.pdf
177. Kickbusch I, Gleicher D. Стратегическое руководство в интересах здоровья в XXI веке. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2014.
178. Европейский региональный комитет ВОЗ. Стратегическое управление/руководство системами здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ. Тбилиси, Грузия: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2008.
179. Barbazza E, Tello J. A review of health governance: definitions, dimensions and tools to govern. *Health Policy*. 2014;116(1):1–11.
180. USAID. Governing for better health: a targeted literature review. Cambridge: USAID; 2012.
181. Boffin N. Stewardship of health systems: a review of the literature. Antwerp: Institute of Tropical Medicine; 2002.
182. Borgonovi E, Compagni A. Sustaining universal health coverage: the interaction of social, political and economic sustainability. *Value Health*. 2013;16:S34–8.
183. Goodwin N. Creating an integrated public sector? Labour's plans for the modernisation of the English health care system. *Int J Integr Care* [Internet]. 2002 Mar 1 [cited 2014 Nov 13];2(1). Available from: <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/URN%3ANBN%3ANL%3AUI%3A10-1-100290>
184. Ling T, Brereton L, Conklin A, Newbould J, Roland M. Barriers and facilitators to integrating care: experiences from the English Integrated Care Pilots. *Int J Integr Care* [Internet]. 2012 Jul 27 [cited 2014 Nov 13];12(5). Available from: <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/URN%3ANBN%3ANL%3AUI%3A10-1-113730>
185. Mur-Veeman I, Van Raak A, Paulus A. Comparing integrated care policy in Europe: does policy matter? *Health Policy*. 2008;85:175–83.
186. Williams P, Sullivan H. Faces of integration. *Int J Integr Care* [Internet]. 2009 Dec 22 [cited 2014 Nov 13];9(4). Available from: <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/URN%3ANBN%3ANL%3AUI%3A10-1-100751>

187. MSH. Management and organizational sustainability tool (MOST). Cambridge: Management Sciences for Health; 2010.
188. PAHO. Steering role of the national health authority: performance and strengthening. Washington, DC: Pan American Health Organization; 2007.
189. Veillard J, Brown A, Baris E, Permanand G, Klazinga N. Health system stewards of national health ministries in the WHO European Region: concepts, functions and assessment framework. *Health Policy*. 2011;103:191–9.
190. Suter E, Mallinson S. Accountability for coordinated/integrated health services delivery. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015.
191. Brinkerhoff D. Accountability and health systems: towards conceptual clarity and policy reference. Washington, DC: Research Triangle Institute; 2004.
192. Deber R. Thinking about accountability. *Health Policy*. 2014;Special Issue:12–24.
193. Ebrahim A. Making sense of accountability: conceptual perspectives from northern and southern nonprofits. *Nonprofit Manag Leadersh*. 2003;14(2):191–212.
194. Maybin J, Addicott R, Dixon A, Storey J. Accountability in the NHS: implications of the government's reform programme. London: The Kings Fund; 2011.
195. Kirigia J, Kirigia D. The essence of governance in health development. *Int Arch Med*. 2011;4(11).
196. Ritsatakis A, Jarvisalo J. Opportunities and challenges for including health components in the policy-making process. In: Stahl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E, Leppo K, editors. *Health in all policies: prospects and potentials*. Finland: Ministry of Social Affairs and Health; 2006.
197. Council of Europe. Recommendations CM/Rec(2012)8 of the Committee of Ministers to member states on the implementation of good governance principles in health systems. Brussels: Council of Europe; 2012.
198. Kutzin J. Политика финансирования здравоохранения: руководство для лиц, принимающих решения; Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2008.
199. Smith P, Mossialos E, Papanicolas I, Leatherman S. Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects. Cambridge: Cambridge University Press; 2009.
200. Custer T, Klazinga N, Brown A. Increasing performance of health care services within economic constraints: working towards improved incentive structures. *ZaeFQ*. 2007;101:381–8.
201. Edwards N, Smith J, Rossen R. The primary care paradox: new designs and models. London: KPMG and The King's Fund; 2013.
202. Coulter A, Parsons S, Askham J. Какова позиция пациентов в отношении принятия решения об их собственном лечении? Копенгаген: ВОЗ от имени Европейской обсерватории по системам и политике; 2008.
203. Andersson T, Liff R. Multiprofessional cooperation and accountability pressures. *Public Manag Rev*. 2012;14(6):835–55.
204. van Stock C, Bjornsson G, Goshev S. Provider incentives in social protection and health. A selection of case studies from OECD countries. RAND Europe; 2010.
205. Bertko J, Effros R. Increase the use of "bundle" payment approaches. RAND Corporation; 2010.
206. Busse R, Geissler A, Quentin W, Wiley M. Diagnosis-related groups in Europe. Moving towards transparency, efficiency, and quality in hospitals. Maidenhead: Open University Maryland Press; 2011.

207. Omachonu V, Einspruch N. Innovation in healthcare delivery systems: a conceptual framework. *Innov J Public Sect Innov J*. 2010;15(1).
208. Barbazza E, Stein K, Bengoa R, Borgermans L, Kluge H, Tello J. Initiatives to strengthen the coordination/integration of health services delivery in the WHO European Region: a synthesis of lessons from implementation. In *International Journal of Integrated Care*; 2014.
209. Maslin-Prothero SE, Bennion AE. Integrated team working: a literature review. *Int J Integr Care* [Internet]. 2010 Apr 30 [cited 2014 Nov 13];10(2). Available from: <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/URN%3ANBN%3ANL%3AUI%3A10-1-100858>
210. WHO. Health technology assessment of medical devices: WHO medical device technical series. Geneva: WHO; 2011.
211. Poulin P, Austin L, Poulin M, Gall N, Seidel J, Lafreniere R, et al. Introduction of new technologies and decision making processes: a framework to adapt a Local Health Technology Decision Support Program for other local settings. *Med Devices Evid Res*. 2013 Nov;185.
212. Riezenman M. Robots in rehab. The Institute. 2008;P. 6.
213. WHO. Connecting for Health: global vision, local insight. Geneva: WHO; 2005.
214. Clark D. Intel takes step into home health care. *The Wall Street Journal L*. 2008;p. B3.
215. Atun R, Menabde N. Системы здравоохранения и системное мышление. В сборнике: Системы здравоохранения и проблемы инфекционных заболеваний. Опыт Европы и Латинской Америки. Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения; 2008.
216. Schlette S, Lisac M, Wagner E, Gensichen J. The Bellagio Model: an evidence-informed, international framework for population-oriented primary care. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes*. 2009;103(7):467–74.
217. Commonwealth Fund. Framework for a high performance health system for the United States. New York: The Commonwealth Fund; 2006.
218. Aday L, Begley C, Lairson D, Slater C. A framework for assessing the effectiveness, efficiency and equity of behavioural health care. *Am J Manag Care*. 1999;5:SP25–44.
219. International Health Partnership. Monitoring performance and evaluating progress in the scale-up for better health: a proposed common framework. WHO and the World Bank; 2008.
220. Centre for Policy Studies in Family Medicine and Primary Care. The Patient Centred Medical Home: history, seven core features, evidence and transformational change [Internet]. Washington, DC: Robert Graham Center; 2007. Available from: <http://pcmh.ahrq.gov/sites/default/files/attachments/The%20Patient-Centered%20Medical%20Home.pdf>
221. Hurst J, Jee-Hughes M. Performance measurement and performance management in OECD health systems. Paris, France: OECD; 2001. Report No.: 47.
222. WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean. Assessment of health care delivery in Zawia district towards implementation of family practice. WHO EMRO; 2014.
223. WHO Regional Office for Europe. Health system barriers and innovations for better NCD outcomes: country assessment guide. WHO Regional Office for Europe; 2013.

224. ВОЗ. Поэтапный подход (STEPS) к эпиднадзору. Женева: ВОЗ; 2008 (<http://www.who.int/chp/steps/ru/>).
225. ВОЗ. Комплексный план действий в области психического здоровья на 2013–2020 гг. Женева: ВОЗ; 2013.
226. Европейское региональное бюро ВОЗ. Европейский план действий по охране психического здоровья. Измир, Турция: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013. Документ EUR/RC63/11.
227. ВОЗ. Глобальный план действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013–2020 гг. Женева: ВОЗ; 2013.

Европейское региональное бюро ВОЗ

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

Государства-члены

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

Всемирная организация здравоохранения Европейское региональное бюро

UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Тел.: +45 45 33 70 00 Факс: +45 45 33 70 01

Эл. адрес: contact@euro.who.int

Веб-сайт: www.euro.who.int