

Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2008 г.

*Первичная  
медико-санитарная помощь*

# Сегодня актуальнее, чем когда-либо



Всемирная  
организация здравоохранения

## WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

The world health report 2008 : primary health care now more than ever.

1.World health – trends. 2.Primary health care – trends. 3.Delivery of health care. 4.Health policy.  
I.World Health Organization.

ISBN 978 92 4 456373 1

(NLM classification: W 84.6)

ISSN 1815-7793

### © Всемирная организация здравоохранения, 2008 г.

Все права защищены. Публикации Всемирной организации здравоохранения могут быть получены в Отделе публикаций Всемирной организации здравоохранения по адресу: WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (тел.: +41 22 791 3264; факс: +41 22 791 4857; эл. почта: bookorders@who.int). Запросы для получения разрешения на воспроизведение или перевод публикаций ВОЗ – как для продажи, так и для некоммерческого распространения – следует направлять в Отдел публикаций ВОЗ по указанному выше адресу (факс: +41 22 791 4806; электронная почта: permissions@who.int).

Обозначения, используемые в настоящем издании, и приводимые в нем материалы ни в коем случае не выражают мнения Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района, их правительств или делимитации их границ. Пунктирными линиями на картах показаны приблизительные границы, в отношении которых пока еще может быть не достигнуто полного согласия.

Упоминание конкретных компаний или продукции некоторых изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения отдает им предпочтение по сравнению с другими, которые являются аналогичными, но не упомянуты в тексте, или рекомендует их к использованию. Исключая ошибки и пропуски, наименования патентованной продукции выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Однако публикуемый материал распространяется без каких-либо гарантий, явно выраженных или подразумеваемых. Ответственность за интерпретацию и использование данного материала несет читатель. Ни при каких обстоятельствах Всемирная организация здравоохранения не несет ответственности за ущерб, возникший в результате его использования.

Информацию о данной публикации можно получить по адресу:

World Health Report  
World Health Organization  
1211 Geneva 27, Switzerland  
Эл. почта: whr@who.int

Экземпляры данной публикации можно заказать по адресу: bookorders@who.int

*Всемирный доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2008 г.*, подготовлен под общим руководством Tim Evans (помощник Генерального директора) и Wim Van Lerberghe (главный редактор). Основными авторами доклада являются Wim Van Lerberghe, Tim Evans, Kumanan Rasanathan и Abdelhay Mechbal. Большой вклад в подготовку доклада внесли также: Anne Andermann, David Evans, Benedicte Galichet, Alec Irwin, Mary Kay Kindhauser, Remo Meloni, Thierry Mertens, Charles Mock, Hernan Montenegro, Denis Poignon и Dheera Rajan. Организационное руководство подготовкой доклада осуществлялось Ramesh Shademani.

Материалы для вставок, рисунки и результаты анализа данных были предоставлены: Alayne Adams, Jonathan Abrahams, Fifi Amoako Johnson, Giovanni Ancona, Chris Bailey, Robert Beaglehole, Henk Bekedam, Andre Biscacia, Paul Bossyns, Eric Buch, Andrew Cassels, Somnath Chatterji, Mario Dal Poz, Pim De Graaf, Jan De Maeseneer, Nick Drager, Varatharajan Durairaj, Joan Dzenowagis, Dominique Egger, Ricardo Fabregas, Paulo Ferrinho, Daniel Ferrante, Christopher Fitzpatrick, Gauden Galea, Claudia Garcia Moreno, André Griekspoor, Lieve Goeman, Miriam Hirschfeld, Ahmadreza Hosseinpour, Justine Hsu, Chandika Indikadahena, Mie Inoue, Lori Irwin, Andre Isakov, Michel Jancloes, Miloud Kaddar, Hyppolite Kalambaye, Guy Kegels, Melekidzedek Khayesi, Ilona Kickbush, Yohannes Kinfu, Tord Kjellstrom, Rüdiger Krech, Mohamed Laaziri, Colin Mathers, Zoe Matthews, Maureen Mackintosh, Di McIntyre, David Meddings, Pierre Mercenier, Pat Neuwelt, Paolo Piva, Annie Portela, Yongyut Ponsupap, Amit Prasad, Rob Ridley, Ritu Sadana, David Sanders, Salif Samake, Gerard Schmets, Iqbal Shah, Shaoguang Wang, Anand Sivasankara Kurup, Kenji Shibuya, Michel Thieren, Nicole Valentine, Nathalie Van de Maele, Jeanette Vega, Jeremy Veillard и Bob Woollard.

Ценный вклад в форме предоставления материалов, рецензий, предложений и критических замечаний внесли директор и сотрудники региональных бюро, заместитель Генерального директора Anarfi Asamoah Bah и помощники Генерального директора.

Рецензирование проекта доклада было проведено следующими участниками совещания, состоявшегося в Монтрé, Швейцария: Azrul Azwar, Tim Evans, Ricardo Fabrega, Sheila Campbell-Forrester, Antonio Duran, Alec Irwin, Mohamed Ali Jaffer, Safurah Jaafar, Pongpisut Jongudomsuk, Joseph Kasonde, Kamran Lankarini, Abdelhay Mechbal, John Martin, Donald Matheson, Jan De Maeseneer, Ravi Narayan, Sydney Saul Ndeki, Adrian Ong, Pongsadhorn Pokpermdée, Thomson Prentice, Kumanan Rasanathan, Salman Rawaf, Bijan Sadrizadeh, Hugo Sanchez, Ramesh Shademani, Barbara Starfield, Than Tun Sein, Wim Van Lerberghe, Olga Zeus и Maria Hamlin Zuniga.

Большой вклад в подготовку доклада внесли также следующие участники однонедельного семинара в Белладжии, Италия: Ahmed Abdullatif, Chris Bailey, Douglas Bettcher, John Bryant, Tim Evans, Marie Therese Feuerstein, Abdelhay Mechbal, Thierry Mertens, Hernan Montenegro, Ronald Labonte, Socrates Litsios, Thelma Narayan, Thomson Prentice, Kumanan Rasanathan, Myat Htoo Razak, Ramesh Shademani, Viroj Tangcharoensathien, Wim Van Lerberghe, Jeanette Vega и Jeremy Veillard.

Исходные материалы для доклада были предоставлены рабочими группами ВОЗ, в состав которых входили следующие сотрудники как штаб-квартиры, так и региональных бюро: Shelly Abdool, Ahmed Abdullatif, Shambhu Acharya, Chris Bailey, James Bartram, Douglas Bettcher, Eric Blas, Ties Boerma, Robert Bos, Marie-Charlotte Boueseau, Gui Carrin, Venkatraman Chandra-Mouli, Yves Chartier, Alessandro Colombo, Carlos Corvalan, Bernadette Daelmans, Denis Daumerie, Tarun Dua, Joan Dzenowagis, David Evans, Tim Evans, Bob Fryatt, Michelle Funk, Chad Gardner, Giuliano Gargioni, Gulin Gedik, Sandy Gove, Kersten Gutschmidt, Alex Kalache, Alim Khan, Ilona Kickbusch, Yunkap Kwankam, Richard Laing, Ornella Lincetto, Daniel Lopez-Acuna, Viviana Mangiaterra, Colin Mathers, Michael Mbizvo, Abdelhay Mechbal, Kamini Mendis, Shanthi Mendis, Susan Mercado, Charles Mock, Hernan Montenegro, Catherine Mulholland, Peju Olukoya, Annie Portela, Thomson Prentice, Annette Pruss-Ustun, Kumanan Rasanathan, Myat Htoo Razak, Lina Tucker Reinders, Eilil Renganathan, Gojka Roglic, Michael Ryan, Shekhar Saxena, Robert Scherpier, Ramesh Shademani, Kenji Shibuya, Sameen Siddiqi, Orielle Solar, Francisco Songane, Claudia Stein, Kwok-Cho Tang, Andreas Ullrich, Mukund Uplekar, Wim Van Lerberghe, Jeanette Vega, Jeremy Veillard, Eugenio Villar, Diana Weil и Juliana Yartey.

Редакционно-производственную группу возглавлял Thomson Prentice, ответственный редактор. Доклад редактировала Diana Hopkins при содействии Barbara Campanini. Помощь в графическом оформлении оказал Gaël Kemel, который также подготовил версию доклада для размещения на веб-сайте и на других электронных носителях. Редакционно-консультативная помощь предоставлялась Lina Tucker Reinders. Предметный указатель составлен June Morrison.

Административная поддержка в ходе подготовки доклада оказывалась Saba Amdeselassie, Maryse Coutty, Melodie Fadriqela, Evelyne Omukubi и Christine Perry.

Фотографии: фотографии Генерального директора: ВОЗ (стр. viii); введение и обзор: ВОЗ/Marko Kokic (стр. x); главы 1–6: Alayne Adams (стр. 1); ВОЗ/Christopher Black (стр. 27); ВОЗ/Karen Robinson (стр. 47); Международная федерация обществ Красного Креста и Красного Полумесяца/John Haskew (стр. 69); Alayne Adams (стр. 89) ВОЗ/Tomas Moran (стр. 109).

Дизайн: Reda Sadki

Макет: Steve Ewart и Reda Sadki

Рисунки: Christophe Grangier

Координация печатных работ: Pascale Broisin и Frédérique Robin-Wahlin

Отпечатано в Швейцарии



# Содержание

## Послание Генерального директора

viii



## Введение и обзор

xi

Ответ на вызовы меняющегося мира	xii
Рост ожиданий в отношении улучшения показателей деятельности	xiv
От программ прошлого к реформам будущего	xv
Четыре направления реформ ПМСП	xvi
Использовать благоприятный момент	xx



## Глава 1. Проблемы меняющегося мира

1

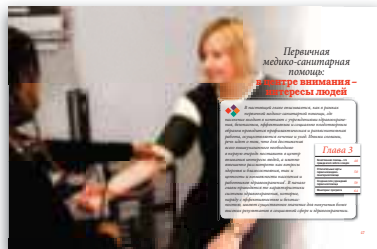
<b>Неравномерный экономический рост, неравные результаты</b>	<b>2</b>
Люди стали более здоровыми и живут дольше, но не везде	2
Экономический рост и застой	5
<b>Адаптация к новым проблемам здоровья и здравоохранения</b>	<b>8</b>
Глобализованный, урбанизированный и стареющий мир	8
Недальновидность и медленное реагирование	10
<b>Тенденции, подрывающие способность систем здравоохранения к реагированию</b>	<b>12</b>
Ориентация на стационарное лечение: основное звено системы здравоохранения – больницы и узкие специалисты	13
Фрагментарность: системы здравоохранения, сформированные вокруг приоритетных программ	14
Системы здравоохранения движутся в сторону нерегулируемой коммерциализации	15
<b>Меняющиеся ценности и растущие ожидания</b>	<b>16</b>
Равенство в уровне здоровья	17
Медицинское обслуживание, ориентированное на человека	18
Охрана здоровья общин	19
Надежные органы здравоохранения, чутко реагирующие на нужды населения	20
Участие	20
<b>Реформы первичной медико-санитарной помощи, вызванные спросом</b>	<b>21</b>



## Глава 2. Расширение и сохранение всеобщего охвата

27

<b>Центральное место принципа равенства в уровне здоровья в системе ПМСП</b>	<b>28</b>
<b>Меры по достижению всеобщего охвата</b>	<b>29</b>
<b>Задачи достижения всеобщего охвата</b>	<b>32</b>
Развитие сетей по оказанию первичной медицинской помощи в случае их отсутствия	33
Преодоление изоляции рассредоточенно проживающих групп населения	36
Создание альтернатив нерегулируемым коммерческим услугам	37
<b>Целенаправленные меры, дополняющие механизмы обеспечения всеобщего охвата</b>	<b>37</b>
<b>Мобилизация сил для достижения равенства в уровне здоровья</b>	<b>39</b>
Усиление внимания к проблеме неравенства в уровне здоровья	39
Создание возможностей для участия и расширения прав гражданского общества	41



### Глава 3. Первичная медико-санитарная помощь: в центре внимания – интересы людей

47

<b>Качественная помощь – это прежде всего забота о людях</b>	<b>48</b>
<b>Отличительные черты первичной медико-санитарной помощи</b>	<b>50</b>
Эффективность и безопасность – не просто технические вопросы	50
Понимание пациента: помощь, ориентированная на человека	52
Всесторонние и комплексные ответные меры	54
Непрерывность помощи	56
Постоянный доверенный врач – точка доступа в систему здравоохранения	57
<b>Создание сети учреждений первичной помощи</b>	<b>59</b>
Приблизить помощь к людям	60
Ответственность за определенную группу населения	61
Бригада первичной помощи как координационный центр	62
<b>Мониторинг прогресса</b>	<b>64</b>



### Глава 4. Государственная политика по охране здоровья населения

69

<b>Значение эффективной государственной политики в области здравоохранения</b>	<b>70</b>
<b>Системная политика, согласованная с целями ПМСП</b>	<b>72</b>
<b>Политика в области общественного здравоохранения</b>	<b>74</b>
Согласование приоритетных программ охраны здоровья с ПМСП	74
Общественные инициативы в области общественного здравоохранения	75
Потенциал быстрого реагирования	76
<b>Задача укрепления здоровья должна присутствовать во всех мерах государственной политики</b>	<b>76</b>
<b>Причины недостаточности инвестиций</b>	<b>79</b>
<b>Возможности для улучшения мер государственной политики</b>	<b>81</b>
Совершенствование информации и фактической базы	81
Меняющийся институциональный ландшафт	83
Эффективные глобальные меры в области общественного здравоохранения, обеспечивающие соблюдение принципа справедливости	85



### Глава 5. Руководство и эффективное управление

89

<b>Правительство как посредник при осуществлении реформ ПМСП</b>	<b>90</b>
Посредничество при заключении общественного договора по вопросам здравоохранения	90
Отказ от регулирования и его последствия	91
Участие и переговоры	93
<b>Эффективный политический диалог</b>	<b>95</b>
Использование информационных систем для укрепления политического диалога	95
Укрепление политического диалога с помощью выдвинутых на местах инновационных идей	98
Создание критической массы для осуществления преобразований	99
<b>Управление политическим процессом: от разработки реформы к ее реализации</b>	<b>102</b>



### Глава 6. Направления дальнейших действий

109

<b>Адаптация реформ к конкретным условиям стран</b>	<b>110</b>
<b>Страны с высокочрезмерной экономикой здравоохранения</b>	<b>111</b>
<b>Страны с быстро растущей экономикой здравоохранения</b>	<b>114</b>
<b>Страны с низкочрезмерной, медленно растущей экономикой здравоохранения</b>	<b>116</b>
<b>Мобилизация движущих сил реформы</b>	<b>120</b>
Мобилизация производства знаний	120
Усиление заинтересованности медицинских работников	122
Привлечение населения к участию	122

## Список рисунков

<b>Рисунок 1</b> Реформы ПМСП, необходимые для переориентации систем здравоохранения на обеспечение здоровья для всех	xvii	<b>Рисунок 3.1</b> Воздействие на уровень применения противозачаточных средств реорганизации рабочего графика сельских медицинских центров в Нигере	48
<b>Рисунок 1.1</b> Некоторые региональные лидеры среди стран, в которых смертность детей в возрасте до пяти лет сократилась по крайней мере на 80%, 1975–2006 годы	2	<b>Рисунок 3.2</b> Упущенные возможности профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку (ПМР) в Кот-д'Ивуаре: предотвращен лишь незначительный процент ожидаемых случаев передачи	52
<b>Рисунок 1.2</b> Факторы, обусловившие снижение смертности в Португалии, 1960–2008 годы	3	<b>Рисунок 3.3</b> Медицинские центры, предлагающие комплекс разнообразных услуг, добиваются более широкого охвата населения вакцинацией	56
<b>Рисунок 1.3</b> Вариативность успехов в сокращении показателей смертности среди детей в возрасте до пяти лет в 1975 и 2006 годах в ряде стран, имевших схожие показатели в 1975 году	3	<b>Рисунок 3.4</b> Нецелесообразные исследования, назначенные моделируемым пациентам в Таиланде, жаловавшимся на незначительную боль в животе	60
<b>Рисунок 1.4</b> ВВП на душу населения и ожидаемая продолжительность жизни при рождении в 169 странах, 1975 и 2005 годы	4	<b>Рисунок 3.5</b> Первичная помощь как координационный центр: взаимодействие внутри обслуживаемой общины и с внешними партнерами	63
<b>Рисунок 1.5</b> Тенденции в ВВП на душу населения и ожидаемой продолжительности жизни при рождении в 133 странах, сгруппированных по показателю ВВП в 1975 году, 1975–2005 годы	5	<b>Рисунок 4.1</b> Смертные случаи, вызванные небезопасными абортами, на 100 тыс. живорождений в разбивке по правовым основаниям для аборта	71
<b>Рисунок 1.6</b> Страны, сгруппированные согласно их общим расходам на здравоохранение в 2005 году (межд. долл.)	6	<b>Рисунок 4.2</b> Годовые расходы на фармацевтическую продукцию и количество рецептов, выписанных в Новой Зеландии за период, прошедший после создания Агентства по управлению фармацевтической промышленностью в 1993 году	73
<b>Рисунок 1.7</b> Африканские дети подвергаются большему риску погибнуть в результате ДТП, чем европейские дети: число детей, ставших жертвами ДТП, на 100 тыс. населения	8	<b>Рисунок 4.3</b> Процент рождений и смертей, зарегистрированных в странах с полной системой регистрации гражданского состояния, по регионам ВОЗ, 1975–2004 гг.	82
<b>Рисунок 1.8</b> Смещение в сторону неинфекционных заболеваний и несчастных случаев в качестве причин смерти	9	<b>Рисунок 4.4</b> Важнейшие функции общественного здравоохранения, включенные в портфель 30 национальных учреждений здравоохранения	84
<b>Рисунок 1.9</b> Неравенство в уровне здоровья населения и в возможности получения медицинских услуг в рамках одной страны	11	<b>Рисунок 5.1</b> Доля ВВП, расходуемая на охрану здоровья, 2005 год	90
<b>Рисунок 1.10</b> Причины отхода систем здравоохранения от основных целей первичной медико-санитарной помощи	12	<b>Рисунок 5.2</b> Расходы на здравоохранение в Китае: уход государства в 1980-е и 1990-е годы и его возвращение в последнее время	92
<b>Рисунок 1.11</b> Доля населения, назвавшего здоровье в качестве первой из причин для обеспокоенности, включающих также финансовые проблемы, жилье и преступность	17	<b>Рисунок 5.3</b> Преобразование информационных систем в инструменты проведения реформы ПМСП	96
<b>Рисунок 1.12</b> Профессионализация ухода за родильницами: процент родов, принимаемых профессиональными медицинскими работниками и другими лицами, осуществляющими уход, в отдельных районах, 2000 и 2005 годы с прогнозом до 2015 года	19	<b>Рисунок 5.4</b> Взаимообогащение между инновациями на местах и разработкой политики в процессе реформирования здравоохранения в Таиланде	99
<b>Рисунок 1.13</b> Социальные ценности, лежащие в основе ПМСП, и соответствующие комплексы реформ	21	<b>Рисунок 5.5</b> Растущий рынок: техническое сотрудничество в рамках официальной помощи на цели развития в области здравоохранения. Ежегодные потоки помощи в международных долларах в 2005 году с поправкой на дефлятор цен	101
<b>Рисунок 2.1</b> Размер катастрофических расходов, связанных с наличной оплатой медицинских услуг в месте их предоставления	28	<b>Рисунок 5.6</b> Возрождение национального руководства в секторе здравоохранения: сдвиг в донорском финансировании в сторону поддержки комплексных систем здравоохранения и его влияние на стратегию в отношении ПМСП 2004 года Демократической Республики Конго	104
<b>Рисунок 2.2</b> Три способа достижения всеобщего охвата	30	<b>Рисунок 6.1</b> Доля общих государственных, частных предварительно оплаченных и оплаченных наличными частных расходов в ежегодном приросте общих расходов на здравоохранение на душу населения, в процентах, средневзвешенные значения	111
<b>Рисунок 2.3</b> Воздействие упразднения платы за пользование услугами на число обращений в поликлиники в районе Кисоро, Уганда: обслуживание амбулаторных больных, 1998–2002 годы <sup>23</sup> .	32	<b>Рисунок 6.2</b> Прогнозируемые расходы на здравоохранение на душу населения в 2015 году в странах с быстро растущей экономической здравоохранения, в международных долларах (средневзвешенные показатели)	114
<b>Рисунок 2.4</b> Различные формы социальной изоляции: массовая депривация в одних странах, маргинализация бедных слоев населения – в других. Доля родов, принятых квалифицированным медицинским персоналом, в разбивке по группам доходов	32	<b>Рисунок 6.3</b> Прогнозируемые расходы на здравоохранение на душу населения в 2015 году в странах с медленно растущей низкокотратной экономикой здравоохранения (средневзвешенные показатели)	116
<b>Рисунок 2.5</b> Коэффициенты смертности детей в возрасте до пяти лет в сельских и городских районах, Исламская Республика Иран, 1980–2000 годы	34	<b>Рисунок 6.4</b> Постепенное расширение охвата с помощью принадлежащих общинам и управляемых общинами медицинских центров в Мали, 1998–2007 годы	119
<b>Рисунок 2.6</b> Улучшение результатов мероприятий по охране здоровья в разгар бедствий: Рутштуру, Демократическая Республика Конго, 1985–2004 годы	35		

## Список вставок

<b>Вставка 1</b> Пять общих недостатков оказания медицинской помощи	xiv	<b>Вставка 4.1</b> Объединение ресурсов общества для охраны здоровья на Кубе	71
<b>Вставка 2</b> Концепция первичной медико-санитарной помощи, принятая в условиях хорошей обеспеченности ресурсами, опасно упрощена в условиях ограниченных ресурсов	xviii	<b>Вставка 4.2</b> Рекомендации Комиссии по социальным детерминантам здоровья	75
<b>Вставка 1.1</b> Экономическое развитие и возможности инвестирования в здравоохранение: улучшение основных показателей здоровья населения в Португалии	3	<b>Вставка 4.3</b> Как принимать непопулярные решения в области государственной политики	80
<b>Вставка 1.2</b> Более высокие расходы на здравоохранение ассоциируются с более высокими результатами, но с существенными различиями по странам	6	<b>Вставка 4.4</b> Постыдный факт неизвестности: когда не учитываются рождения и смерти	82
<b>Вставка 1.3</b> По мере поступления новых данных все более очевидными становятся различные аспекты возрастающего неравенства в доступе к медицинскому обслуживанию	11	<b>Вставка 4.5</b> Руководящие принципы оценки последствий для здоровья, принятые в Европейском союзе	83
<b>Вставка 1.4</b> Отрасли производства медицинского оборудования и лекарственных препаратов являются важными экономическими факторами	13	<b>Вставка 5.1</b> Отказ от государственного регулирования в Китае и возвращение к нему	92
<b>Вставка 1.5</b> Здоровье – одна из первостепенных личных проблем	17	<b>Вставка 5.2</b> Регулирование национального курса с помощью политического диалога: пример трех стран	94
<b>Вставка 2.1</b> Передовой опыт достижения всеобщего охвата	30	<b>Вставка 5.3</b> "Индикаторы справедливости": сотрудничество заинтересованных сторон в решении проблем неравенства в уровне здоровья	97
<b>Вставка 2.2</b> Определение "основного пакета услуг": что необходимо сделать для воплощения теории на практике?	31	<b>Вставка 5.4</b> Недостатки традиционных мер наращивания потенциала в странах с низким и средним уровнем доходов	101
<b>Вставка 2.3</b> Ликвидация разрыва между городом и деревней посредством постоянного расширения охвата первичной медико-санитарной помощью населения сельских районов Исламской Республики Иран	34	<b>Вставка 5.5</b> Реорганизация управления здравоохранением после войны и экономического краха	104
<b>Вставка 2.4</b> Надежность систем здравоохранения, основанных на принципах ПМСП: 20 лет улучшения показателей эффективности в Рутшуре, Демократическая Республика Конго	35	<b>Вставка 6.1</b> Национальная стратегия Норвегии по сокращению социального неравенства в уровне здоровья	112
<b>Вставка 2.5</b> Адресная социальная защита в Чили	38	<b>Вставка 6.2</b> Благотворная взаимозависимость предложения и спроса на первичную медико-санитарную помощь	119
<b>Вставка 2.6</b> Социальная политика в городе Генте, Бельгия: как местные власти могут способствовать межсекторальному сотрудничеству организаций здравоохранения и организациями социального обеспечения	41	<b>Вставка 6.3</b> От разработки нового продукта к его внедрению на местах: исследование как связующее звено	121
<b>Вставка 3.1</b> На пути к науке и культуре усовершенствования: примеры обеспечения безопасности пациента и достижения лучших результатов	50		
<b>Вставка 3.2</b> Когда спрос на медицинские услуги стимулируется поставщиками и подстегивается потребителями: амбулаторная помощь в Индии	51		
<b>Вставка 3.3</b> Реагирование служб здравоохранения на насилие в отношении женщин со стороны партнеров	53		
<b>Вставка 3.4</b> Предоставление пациентам возможности участвовать в принятии решений, касающихся их здоровья	55		
<b>Вставка 3.5</b> Использование информационно-коммуникационных технологий для расширения доступа и повышения качества и эффективности первичной медико-санитарной помощи	58		



---

## Список таблиц

---

<b>Таблица 1</b> Как практический опыт работы меняет основное направление развития ПМСП	xvi
<b>Таблица 3.1</b> Особенности, отличающие традиционную медицинскую помощь от первичной помощи, ориентированной на пациента	49
<b>Таблица 3.2</b> Ориентированность на пациента: повышение качества и результативности помощи	54
<b>Таблица 3.3</b> Всесторонняя помощь: достижение более высоких результатов и качества медицинских услуг	55
<b>Таблица 3.4</b> Непрерывность помощи: обеспечение высокого качества и результативности	57
<b>Таблица 3.5</b> Привычная точка доступа: повышение качества и результативности медицинской помощи	59
<b>Таблица 4.1</b> Неблагоприятное воздействие на здоровье изменений в условиях труда	77
<b>Таблица 5.1</b> Роль и функции обсерваторий общественного здравоохранения в Англии	98
<b>Таблица 5.2</b> Существенные факторы совершенствования институционального потенциала для управления сектором здравоохранения в шести странах	102



## Послание Генерального директора

Вступая в должность в 2007 г., я ясно заявила о своем твердом намерении направить внимание ВОЗ на первичную медико-санитарную помощь. Более того, в этой необходимости убеждена не только я – актуальность этого подтверждает также широкомасштабный и растущий спрос на первичную медико-санитарную помощь со стороны государств-членов. В свою очередь, этот спрос свидетельствует о растущей потребности разработчиков политики в знаниях о том, как сделать системы здравоохранения более равноправными, открытыми для всех и справедливыми.

В более широком смысле он также отражает переход к пониманию необходимости более полного осмысления работы системы здравоохранения в целом.

В этом году мы отмечаем 60-ю годовщину создания ВОЗ и 30-летие Алма-Атинской декларации по первичной медико-санитарной помощи, принятой в

1978 году. Хотя за шесть десятилетий здравоохранение претерпело значительные изменения на глобальном уровне, те ценности, которые легли в основу Устава ВОЗ и на базе которых была составлена Алма-Атинская декларация, прошли испытания и остались неизменными. В то же время, несмотря на значительный прогресс в сфере здравоохранения в глобальном масштабе, приходится с сожалением признать, что нам не всегда удается действовать сообща и в соответствии с этими ценностями, и на это мы должны обратить основное внимание.

Мы видим, как женщина рождает в муках и страдает от осложнений, не имея доступа к квалифицированной помощи; как ребенку не делаются жизненно необходимые прививки; как в нищете живут люди в городских трущобах. Мы видим, что пешеходы ничем не защищены на перегруженных транспортом дорогах и трассах; что люди нищают, когда напрямую платят за медицинскую помощь из-за отсутствия медицинского страхования. Эти и многие другие реалии повседневной жизни отражают неприемлемые недостатки наших систем здравоохранения, которые можно было бы избежать.

Идя вперед, важно извлекать уроки из прошлого, а оглядываясь назад, становится ясно, что в будущем мы можем добиться большего. В этой связи настоящий Доклад о состоянии здравоохранения в мире вновь обращается к масштабному представлению о первичной медико-санитарной помощи как о комплексе ценностей и принципов, направляющих развитие систем здравоохранения. Доклад





предоставляет отличную возможность воспользоваться уроками прошлого, изучить предстоящие задачи и определить основные пути, с помощью которых системы здравоохранения могут сократить недопустимый разрыв между устремлениями и реальными результатами.

Эти пути определены в Докладе как четыре комплекса реформ, отражающих сближение ценностей первичной медико-санитарной помощи, ожиданий граждан и общих проблем здравоохранения, существующих в любых условиях. К ним относятся:

- *реформы, обеспечивающие всеобщий охват*, которые направлены на то, чтобы системы здравоохранения способствовали достижению равенства в отношении здоровья, социальной справедливости и ликвидации социальной изоляции, главным образом путем обеспечения всеобщего доступа и социальной защиты здоровья;
- *реформы сферы предоставления услуг*, которые предусматривают реорганизацию служб здравоохранения в соответствии с потребностями и ожиданиями людей, с тем чтобы повысить социальную значимость этих услуг и их способность более чутко реагировать на изменения в мире при одновременном достижении более высоких результатов;
- *реформы государственной политики*, которые способствуют повышению уровня здоровья общин путем интеграции деятельности в области общественного здравоохранения с первичной медицинской помощью, проведения рациональной государственной политики во всех секторах и укрепления мер общественного здравоохранения на национальном и транснациональном уровнях; и
- *реформы управления*, которые призваны заметить чрезмерное использование административно-командных методов управления, с одной стороны, и политику невмешательства

со стороны государства – с другой, социально интегрированным, репрезентативным, осуществляемым на основе переговоров управлением в соответствии с требованиями, которые диктуются сложным характером современных систем здравоохранения.

Хотя эти реформы могут проводиться повсеместно, они не являются образцом для слепого копирования или жестким руководством к действию. Конкретные детали, необходимые для воплощения их в жизнь в каждой стране, должны определяться реальными условиями и ситуацией на основе наиболее достоверных имеющихся данных. Вместе с тем нет никаких оснований для промедления с проведением этих реформ в какой-либо стране – богатой или бедной. Как показывают три последних десятилетия, в этой области можно добиться значительных результатов.

Чтобы за последующие 30 лет сделать еще больше, мы должны уже сейчас вкладывать силы и средства в обеспечение возможности добиваться реальных результатов в соответствии с нашими чаяниями и стремительно меняющимися реалиями нашего взаимозависимого мира в сфере здравоохранения. Нас объединяет общая задача развития первичной медико-санитарной помощи, которая актуальна сегодня как никогда ранее. Настало время для совместных действий, извлекающих уроки и обмениваясь опытом работы различных стран, для того чтобы проложить наиболее прямой курс к достижению здоровья для всех.

Д-р Маргарет Чен  
Генеральный директор  
Всемирная организация здравоохранения

# Первичная

медико-санитарная помощь

---

Сегодня актуальнее,

чем когда-либо



# Введение и обзор

*Почему система первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) нуждается в обновлении и почему это сегодня актуальнее, чем когда-либо? Отвечая на этот вопрос, в первую очередь необходимо сказать, что в этом весьма заинтересованы государства-члены, и не только работники здравоохранения, но также и политики.*

*Глобализация порождает социальную напряженность во многих странах, и очевидно, что системы здравоохранения как основные элементы структуры современных обществ функционируют не так эффективно, как они могли бы и должны это делать.*

*Люди все более нетерпимо относятся к тому, что службы здравоохранения не могут обеспечить уровни национального охвата, которые отвечали бы заявленному спросу и меняющимся потребностям, и что качество предоставляемых услуг не соответствует их ожиданиям. Мало кто будет спорить с тем, что системы здравоохранения должны эффективнее – и более оперативно – реагировать на вызовы меняющегося мира. Эта задача вполне под силу первичной медико-санитарной помощи.*

Ответ на вызовы меняющегося мира	<i>xii</i>
Рост ожиданий в отношении улучшения показателей деятельности	<i>xiv</i>
От программ прошлого к реформам будущего	<i>xv</i>
Четыре направления реформ ПМСП	<i>xvi</i>
Использовать благоприятный момент	<i>xx</i>

Сегодня получил признание тот факт, что целые группы населения оказались вне охвата медицинской помощью, и возникло чувство упущенных возможностей, напоминающее о том, что тридцать лет назад в Алма-Ате привело к сдвигу в системе понятий и представлений о здравоохранении. Алма-Атинская конференция породила “движение в поддержку первичной медико-санитарной помощи”, объединившее медицинских работников и учреждения, правительства и организации гражданского общества, научные и массовые общественные организации, которые взяли на себя обязательство бороться с “политически, социально и экономически неприемлемым”<sup>1</sup> неравенством в уровне здоровья людей во всех странах. В Алма-Атинской декларации четко обозначены цели, к достижению которых надо стремиться: социальная справедливость и право на более высокий уровень здоровья для всех, участие и солидарность<sup>1</sup>. Появилось осознание того, что для обеспечения прогресса в достижении этих целей требуется фундаментальным образом изменить принципы функционирования систем здравоохранения и способы использования ими потенциала других секторов.

Процесс преобразования этих целей в реальные реформы идет неравномерно. Тем не менее, сегодня вопросы равенства в уровне здоровья занимают все более важное место в программах политических лидеров и министров здравоохранения<sup>2</sup>, а также органов местного самоуправления, профессиональных организаций и организаций гражданского общества.

Для достижения стоящих перед ПМСП целей обеспечения приемлемого уровня здоровья для всех необходимы системы здравоохранения, которые “ставят интересы людей в центр внимания служб медико-санитарной помощи”<sup>3</sup>. Представления людей как индивидуумов о достойном образе жизни и их ожидания как членов общества, то есть их ценности, представляют собой важные критерии, регулирующие деятельность сектора здравоохранения. Для большинства стран первичная медико-санитарная помощь остается ориентиром при формулировании политики в области здравоохранения именно потому, что движение в поддержку ПМСП предлагает рациональные, научные и упреждающие решения проблемы удовлетворения потребностей в сфере здравоохранения и этих социальных ожиданий<sup>4,5,6,7</sup>. Для достижения этого необходимы компромиссные решения, которые должны исходить из учета “ожиданий граждан в отношении уровня здоровья и медицинской помощи” и обеспечивать, “чтобы [их] мнения и выбор имели

решающее влияние на то, как организованы и функционируют службы здравоохранения”<sup>8</sup>. Данная концепция нашла отражение в последнем обзоре состояния первичной медико-санитарной помощи, где она формулируется как “право на достижение возможно высшего уровня здоровья”, “обеспечение максимального уровня равенства и солидарности” при соблюдении принципа проявления “чуткости к потребностям людей”<sup>4</sup>. Для того чтобы обеспечить здоровье для всех, системы здравоохранения должны отвечать на вызовы меняющегося мира и соответствовать растущим ожиданиям в отношении улучшения их работы. Это предполагает существенную переориентацию и реформирование нынешних принципов функционирования систем здравоохранения в обществе: эти реформы составляют суть программы обновления системы первичной медико-санитарной помощи.

## Ответ на вызовы меняющегося мира

В целом люди сегодня стали более здоровыми, богатыми и живут дольше, чем 30 лет назад; если бы показатели смертности детей оставались на уровне 1978 года, то в 2006 году было бы зарегистрировано 16,2 млн. случаев смерти детей во всем мире, тогда как фактически их число составило 9,5 миллиона<sup>9</sup>. Эта разница в 6,7 миллиона эквивалентна спасению 18 329 детских жизней ежедневно. Некогда революционное понятие “лекарственные препараты первой необходимости” сегодня получило самое широкое распространение. Произошли значительные улучшения в обеспечении доступа к безопасной воде, санитарии и дородовой помощи.

Это свидетельствует о том, что прогресс возможен, и вместе с тем его можно ускорить. Еще никогда на цели здравоохранения не выделялось больше ресурсов, чем сегодня. Глобальная экономика здравоохранения растет более быстрыми темпами, чем валовой внутренний продукт (ВВП); в период между 2000 г. и 2005 г. ее доля в глобальном ВВП возросла с 8% до 8,6%. В абсолютном выражении с поправкой на инфляцию это означает рост расходов на цели здравоохранения во всем мире за пятилетний период на 35%. Быстро повышается уровень осведомленности населения в вопросах здравоохранения и их понимания. Быстрые темпы научно-технической революции многократно увеличивают возможности для улучшения состояния здоровья и использования медицинской грамотности в целях создания более образованного и современного глобального общества. Благодаря интенсивному обмену между странами, нередко отражающему наличие



общих угроз, проблем или возможностей, укреплению солидарности и принятым в глобальном масштабе обязательствам в отношении ликвидации бедности, примером которых являются Цели в области развития, сформулированные в Декларации тысячелетия (ЦРТ), формируется глобальное разумное руководство.

Вместе с тем нельзя игнорировать и другие тенденции. Во-первых, значительный прогресс в секторе здравоохранения, достигнутый в последние десятилетия, носил крайне неравномерный характер: большая часть стран мира продвинулись по пути улучшения состояния здоровья, но в то же время значительное число стран во все большей степени отстают по этим показателям или теряют прежние позиции. Кроме того, сегодня имеется достаточное количество документально подтвержденных данных, которых не было 30 лет назад, свидетельствующих о значительном и нередко возрастающем неравенстве в уровне здоровья внутри стран.

Во-вторых, в характере проблем здоровья происходят изменения, которые можно было лишь отчасти предвидеть и темпы которых оказались совершенно неожиданными. Старение населения и последствия плохо управляемой урбанизации и глобализации способствуют ускорению темпов распространения инфекционных болезней во всем мире и увеличивают бремя хронических и неинфекционных заболеваний. Широко распространенное явление, когда у многих людей наблюдается комплекс симптомов и множество болезней, требует от системы медицинского обслуживания разработки методов более интегрированного и комплексного ведения пациентов. В мире действует сложное переплетение взаимосвязанных факторов, включая постепенный, но долговременный рост доходов и численности населения, изменение климата, проблемы, связанные с продовольственной безопасностью, и социальную напряженность, каждый из которых будет иметь вполне определенные, но в значительной степени непредсказуемые последствия для состояния здоровья в ближайшие годы.

В-третьих, системы здравоохранения не остаются в стороне от стремительных изменений и преобразований, которые являются неотъемлемой частью современной глобализации. Экономические и политические кризисы ставят под сомнение способность государства и институтов обеспечивать доступ, предоставляемые услуги и финансирование. Нерегулируемая коммерциализация сопровождается стиранием границ между государственными и частными партнерами, тогда как обсуждения вопросов

прав и полномочий становятся все более политизированными. Информационный век изменил отношения между гражданами, специалистами и политиками.

Во многих отношениях реакции сектора здравоохранения на изменения в мире представляются неадекватными и наивными. Их можно назвать неадекватными, поскольку они нередко неспособны не только предвидеть эти изменения, но также обеспечить принятие соответствующих мер: эти меры слишком часто бывают либо недостаточными, либо запоздалыми, либо неуместными. А наивными потому, что для преодоления несостоятельности системы требуется системный подход, а не временные решения. Проблемы, касающиеся обеспечения общественного здравоохранения и системы медико-санитарной помощи людскими ресурсами, финансированием, инфраструктурой или информационными системами, безусловно выходят за рамки сектора здравоохранения в его узком понимании, за рамки одного уровня политической компетенции и во все большей степени носят трансграничный характер, в связи с чем их решение требует более высокого уровня эффективного взаимодействия правительства и других заинтересованных сторон.

Хотя слишком во многих странах сектор здравоохранения по-прежнему испытывает серьезный дефицит ресурсов, ресурсная база здравоохранения в течение последнего десятилетия неуклонно расширяется. Возможности, которые предоставляет этот рост для стимулирования структурных изменений и повышения эффективности систем здравоохранения и придания им более справедливого характера, нередко оказываются упущенными. Процессы выработки глобальной и – все чаще – национальной политики сосредоточены на решении отдельных вопросов, при этом разные заинтересованные стороны конкурируют за дефицитные ресурсы, тогда как основным проблемам, сдерживающим развитие систем здравоохранения в национальных контекстах, уделяется недостаточно внимания. Вместо того чтобы наращивать потенциал реагирования и прогнозирования новых вызовов, системы здравоохранения, как представляется, переходят от решения одной краткосрочной первоочередной задачи к другой, действуя все более фрагментарно и без четкого представления о направлении движения.

Сегодня очевидно, что предоставленные самим себе системы здравоохранения не стремятся естественным образом к достижению целей обеспечения здоровья для всех посредством предоставления первичной медико-санитарной помощи,

как это записано в Алма-Атинской декларации. Системы здравоохранения развиваются в тех направлениях, которые мало способствуют достижению равенства и социальной справедливости и не способны обеспечить наилучшие результаты мероприятий по охране здоровья относительно затраченных на них денежных средств. Можно выделить три особенно тревожные тенденции:

- системы здравоохранения неоправданно много внимания уделяют узконаправленному предоставлению специализированной медицинской помощи;
- системы здравоохранения используют административно-управленческие методы борьбы с заболеваниями, добиваясь краткосрочных результатов, что ведет к фрагментированию медицинского обслуживания;
- системы здравоохранения придерживаются принципа невмешательства или неограниченной свободы в области управления, что ведет к безудержной нерегулируемой коммерциализации здравоохранения.

Эти тенденции идут вразрез с всеобъемлющими и сбалансированными мерами реагирования, направленными на удовлетворение потребностей в медицинской помощи. В результате в ряде стран неравноправность в доступе, разорительные цены и подрыв доверия к медико-санитарной помощи создают угрозу социальной стабильности.

## Рост ожиданий в отношении улучшения показателей деятельности

Поддержка идеи возрождения первичной медико-санитарной помощи объясняется тем, что лица, определяющие политику в сфере здравоохранения, все чаще рассматривают ПМСП как средство, способное придать направленность и объединить фрагментарные сегодня системы здравоохранения, и как альтернативу набору скороспелых решений, которые в настоящее время рекламируются как методы лечения недугов сектора здравоохранения. Наряду с этим растет также понимание того, что традиционная система оказания медицинской помощи с использованием разных механизмов и по разнообразным причинам не только менее эффективна, чем может быть, но также страдает рядом повсеместно распространенных недостатков и противоречий, которые кратко изложены во вставке 1.

Подобное несоответствие между ожиданиями и результатами вызывает обеспокоенность органов здравоохранения. С учетом увеличивающегося экономического веса и социальной

### Вставка 1 Пять общих недостатков оказания медицинской помощи

*Медицинская помощь, предоставляемая в порядке обратной пропорциональности.* Наиболее обеспеченные люди, имеющие сравнительно меньше потребностей в медицинской помощи, потребляют большую часть этой помощи, тогда как люди, располагающие самыми скудными средствами и имеющие серьезные проблемы со здоровьем, потребляют наименьшую ее часть<sup>10</sup>. В странах как с высокими, так и с низкими доходами<sup>12,13</sup> государственные расходы на здравоохранение чаще всего идут на пользу богатым, а не бедным<sup>17</sup>.

*Разорительная медицинская помощь.* В тех случаях, когда люди не имеют социальной защиты и оплачивают медицинские услуги наличными в месте обслуживания, их расходы могут быть чрезвычайно высокими. Ежегодно более 100 млн. человек впадают в нищету из-за необходимости платить за медицинскую помощь<sup>14</sup>.

*Фрагментированная и фрагментирующая медицинская помощь.* Чрезмерная специализация медицинских учреждений и специалистов и узкая направленность многих программ борьбы с заболеваниями препятствуют внедрению целостного подхода к медицинскому обслуживанию отдельных лиц и семей, охватываемых этими программами, и не учитывают необходимость обеспечения непрерывности в оказании помощи<sup>15</sup>. Медицинские услуги, предоставляемые малоимущим и маргинализированным группам населения, нередко в высшей степени фрагментированы и в значительной степени не обеспечены ресурсами<sup>16</sup>, причем помощь, предоставляемая на цели развития, нередко лишь усиливает эту фрагментацию<sup>17</sup>.

*Небезопасная медицинская помощь.* Плохо разработанная система, не способная обеспечить стандарты безопасности и гигиены, имеет своим следствием высокие показатели случаев внутрибольничной инфекции, ошибки в приеме лекарств и другие предотвратимые негативные воздействия, которые являются недооцененной причиной смерти и ухудшения состояния здоровья<sup>18</sup>.

*Неправильно расходуемая помощь.* Выделяемые ресурсы концентрируются вокруг дорогостоящих медицинских услуг, и при этом игнорируются потенциальные возможности первичной профилактики и пропаганды здорового образа жизни, которые могут путем предупреждения почти на 70% сократить бремя болезни<sup>19,20</sup>. В то же время сектору здравоохранения не хватает специальных знаний и квалифицированных кадров, необходимых для того, чтобы смягчить неблагоприятное воздействие на здоровье, оказываемое другими секторами, и наилучшим образом использовать возможности этих других секторов в целях укрепления и охраны здоровья<sup>21</sup>.

значимости сектора здравоохранения данное обстоятельство также вызывает все большее беспокойство у политиков: показательно, что в ходе каждых из недавно состоявшихся дебатов в ходе



предварительных выборов в США<sup>22</sup> вопросы здравоохранения упоминались более 28 раз. Системы здравоохранения не могут работать по-старому. Для устранения этих недостатков в работе и решения проблем здравоохранения в настоящем и будущем необходимо укреплять коллективное управление и ответственность, руководствуясь четким пониманием общего направления и целей деятельности.

Действительно, люди ждут именно этого. По мере модернизации обществ люди предъявляют все больше требований к системам здравоохранения в интересах их самих, их семей, а также общества, в котором живут. Так, люди все чаще выступают за равенство в уровне здоровья и против социальной изоляции; за медицинское обслуживание, ориентированное на удовлетворение потребностей и ожиданий населения; за безопасные для здоровья условия проживания в общинах; и за участие в решении вопросов, которые затрагивают их здоровье и здоровье их общин<sup>23</sup>.

Эти ожидания созвучны целям, составляющим суть Алма-Атинской декларации. Они объясняют существующую потребность в лучшем согласовании задач системы здравоохранения с достижением этих целей и обеспечивают нынешнему движению за возрождение первичной медико-санитарной помощи новую социальную и политическую поддержку его усилий по реформированию систем здравоохранения.

## От программ прошлого к реформам будущего

Рост ожиданий и широкая поддержка концепции, изложенной в виде целей Алма-Атинской декларации, не всегда с достаточной легкостью трансформируются в эффективную реорганизацию систем здравоохранения. За пределами сектора здравоохранения существуют обстоятельства и тенденции, например структурная перестройка, которые находятся практически вне влияния или контроля движения за возрождение первичной медико-санитарной помощи. Кроме того, слишком часто это движение чрезмерно упрощает свою концепцию, давая на все случаи жизни одни и те же рецепты, плохо приспособленные к различным условиям и проблемам<sup>24</sup>. В результате национальные и глобальные органы здравоохранения порой рассматривают меры по восстановлению первичной медико-санитарной помощи не как комплекс реформ в соответствии с первоначальным замыслом, а как одну из многих других программ, предоставляющих низкокачествен-

ную медицинскую помощь малоимущим слоям населения. В таблице 1 показаны различные аспекты первых попыток осуществления программы первичной медико-санитарной помощи, которые сопоставляются с текущими подходами. Данному эволюционному процессу присуще признание того, что для придания системам здравоохранения определенной направленности требуется ряд специальных реформ, которые в зависимости от контекста реагируют на современные проблемы здравоохранения и обеспечивают готовность к решению проблем завтрашнего дня.

Направленность этих реформ не ограничивается предоставлением “базовых” медицинских услуг и распространяется через установленные границы на все элементы структуры национальных систем здравоохранения<sup>25</sup>. Например, для реформирования систем здравоохранения на основе целей программы ПМСП требуется смелая кадровая политика. Однако было бы заблуждением полагать, что достичь этого можно при отсутствии соответствующей политики финансирования или медицинского обслуживания, реформы государственной службы или соглашений, касающихся международной миграции медицинских работников.

В то же время реформы ПМСП и движение в поддержку этих реформ должны более чутко реагировать на социальные перемены и рост ожиданий, сопровождающие процессы развития и модернизации. Люди по всему миру все более активно и громко говорят о здоровье как о неотъемлемой части повседневной жизни их самих и их семей и о том, как общество справляется с проблемами здравоохранения и медицинской помощи. Динамика спроса должна получить поддержку в рамках политических процессов и процессов принятия решений. Необходимая переориентация систем здравоохранения должна базироваться на убедительных научных данных и рациональном управлении неопределенностью и рисками, но также должна учитывать и то, чего люди ждут от систем здравоохранения и медицинской помощи для себя, своих семей и обществ. Это требует тонких компромиссов и переговоров с многочисленными заинтересованными сторонами, что подразумевает решительный отказ от линейных нисходящих моделей прошлого. Таким образом, реформы ПМСП сегодня определяются не просто составляющими элементами, на которые они направлены, и не потребностью в расширении отдельных мер по борьбе с заболеваниями, а социальной динамикой, которая определяет роль систем здравоохранения в обществе.

## Четыре направления реформ ПМСП

В настоящем докладе реформы первичной медико-санитарной помощи распределены по четырем группам, которые отражают сближение таких факторов, как необходимость принятия эффективных мер реагирования на современные вызовы в сфере здравоохранения, цели обеспечения равенства, солидарности и социальной справедливости, лежащие в основе развития ПМСП, и растущие ожидания населения в модернизирующихся обществах (рис. 1):

- реформы здравоохранения, направленные на то, чтобы системы здравоохранения способ-

ствовали достижению равенства в отношении здоровья, социальной справедливости и ликвидации социальной изоляции, главным образом путем обеспечения всеобщего доступа и социальной защиты здоровья – *реформы, обеспечивающие всеобщий охват*;

- реформы, обеспечивающие реорганизацию медицинских услуг в услуги первичной медико-санитарной помощи, учитывающие потребности и ожидания людей, с тем чтобы повысить социальную значимость этих услуг и их способность более чутко реагировать на изменения в мире при одновременном

**Таблица 1** Как практический опыт работы меняет основное направление развития ПМСП

Предыдущие попытки внедрения ПМСП	Текущие проблемы, связанные с реформированием ПМСП
Более широкий доступ к базовому пакету мероприятий в области здравоохранения и основным лекарственным средствам для сельской бедноты	Реорганизация и регулирование существующих систем здравоохранения с целью обеспечения всеобщего доступа и социальной защиты здоровья людей
Упор на охрану здоровья матери и ребенка	Охрана здоровья каждого члена общины
Первоочередное внимание немногочисленным отдельным заболеваниям, прежде всего инфекционным и острым	Всеобъемлющие меры реагирования на ожидания и потребности населения, касающиеся целого ряда рисков и болезней
Улучшения в области гигиены, водоснабжения, санитарии и санитарного просвещения на уровне деревни	Пропаганда здорового образа жизни и смягчение последствий для здоровья вредных социальных факторов и факторов окружающей среды
Простые технологии, предназначенные для использования добровольными непрофессиональными медико-санитарными работниками	Бригады медико-санитарных работников, облегчающих доступ к технологиям и лекарственным средствам и надлежащее их использование
Участие в виде мобилизации местных ресурсов и управления центрами здоровья посредством местных комитетов здравоохранения	Институционализация участия гражданского общества в политическом диалоге и механизмах отчетности
Предоставление финансируемых государством услуг при централизованном управлении по нисходящему принципу	Плюралистические системы здравоохранения, функционирующие в глобализированном контексте
Решение проблем растущего дефицита и сокращения ресурсов	Управление ростом ресурсов на цели здравоохранения для обеспечения всеобщего охвата
Двусторонняя помощь и техническое содействие	Глобальная солидарность и совместное получение информации и знаний
Первичная помощь как антитеза больничной помощи	Первичная помощь как метод координации всеобъемлющих мер реагирования на всех уровнях
Первичная медико-санитарная помощь, будучи дешевой, требует лишь незначительных инвестиций	Первичная медико-санитарная помощь не дешевая и требует значительных инвестиций, но обеспечивает лучшее соотношение цены и качества, чем альтернативные подходы



**Рисунок 1** Реформы ПМСП, необходимые для переориентации систем здравоохранения на обеспечение здоровья для всех



достижении более высоких результатов – *реформы сферы предоставления услуг;*

- реформы, способствующие повышению уровня здоровья общин путем интеграции деятельности в области общественного здравоохранения с первичной медицинской помощью и проведения рациональной государственной политики во всех секторах – *реформы государственной политики;*
- реформы, призванные заменить чрезмерное использование административно-командных методов управления, с одной стороны, и политику невмешательства со стороны государства – с другой, социально интегрированным, репрезентативным, осуществляемым на основе переговоров управлением в соответствии с требованиями, которые диктуются сложным характером современных систем здравоохранения – *реформы управления.*

Первая из этих четырех групп реформ имеет целью уменьшить изоляцию и социальное неравенство в сфере здравоохранения. В конечном счете, для устранения факторов, обуславливающих неравенство в уровне здоровья, требуются общественные меры реагирования, политические и технические аспекты которых затрагивают множество разных секторов. Неравенство в уровне здоровья также обусловлено неравенством в ценовой доступности, доступе и качестве услуг,

финансовым бременем, которое они накладывают на людей, и даже языковыми, культурными и гендерными барьерами, которые зачастую прочно вошли в клиническую практику<sup>26</sup>.

Для того чтобы системы здравоохранения смогли сократить неравенство в уровне здоровья, необходимо выполнить одно непереносимое условие – обеспечить доступность услуг для всех, то есть сократить разрыв в предложении услуг. Сегодня сети оказания медико-санитарной помощи гораздо более развиты и разветвлены, чем 30 лет назад, однако большие группы населения остаются вне их охвата. В одних местах войны и гражданские беспорядки привели к разрушению инфраструктуры, в других – нерегулируемая коммерциализация сделала услуги доступными, но это не всегда те услуги, которые необходимы. Пробелы в обеспечении медицинскими услугами все еще остаются реальностью во многих странах, поэтому развитие сетей оказания медико-санитарной помощи является для них первоочередной задачей, как и 30 лет назад.

По мере увеличения общего объема предоставляемых услуг в области здравоохранения становится все более очевидным, что барьеры, препятствующие доступу к ним, являются важным фактором неравенства: плата за пользование ими является особенно важной причиной недоступности необходимой медицинской помощи. Кроме того, когда люди вынуждены приобретать медицинскую помощь по цене, которая им не по карману, проблема со здоровьем может быстро привести их к обнищанию или банкротству<sup>14</sup>. Поэтому развитие сферы предоставления услуг должно идти параллельно с созданием системы социальной защиты здоровья – посредством объединения средств и внесения предоплаты вместо оплаты наличными за пользование услугами. Реформы, направленные на обеспечение всеобщего охвата, то есть всеобщего доступа в сочетании с социальной защитой здоровья, являются обязательным условием повышения равенства в уровне здоровья. Как показывает опыт стран, где системы достигли почти всеобщего охвата, такие реформы должны быть дополнены еще одним комплексом упреждающих мер для охвата тех, кто еще не был охвачен – тех лиц, которым доступность услуг и социальная защита не помогли компенсировать последствия для здоровья, вызванные социальным расслоением. Многие лица в этой группе пользуются услугами медицинских учреждений, которые отвечают за здоровье целых общин. Здесь наступает черед второй группы реформ – реформ в сфере предоставления услуг.

## Вставка 2 Концепция первичной медико-санитарной помощи, принятая в условиях хорошей обеспеченности ресурсами, опасно упрощена в условиях ограниченных ресурсов

Концепция первичной медико-санитарной помощи определена, описана и хорошо изучена применительно к ее функционированию в условиях хорошей обеспеченности ресурсами. При этом нередко ссылаются на мнения врачей, специализирующихся в области семейной медицины или занимающихся общей практикой. Эти описания свидетельствуют о гораздо более широкой программе предоставления первичной медико-санитарной помощи, нежели недопустимо ограниченные и сомнительные рецепты организации такой помощи, которые усиленно навязываются странам с низкими доходами<sup>27, 28</sup>.

- учреждение по оказанию первичной медико-санитарной помощи служит тем местом, куда могут прийти люди с широким кругом проблем со здоровьем – неприемлемо, чтобы в странах с низкими доходами службы первичной медико-санитарной помощи занимались только несколькими “приоритетными болезнями”;
- учреждение первичной медико-санитарной помощи является центром, откуда пациенты направляются в различные службы системы здравоохранения – неприемлемо, чтобы в странах с низкими доходами первичная медико-санитарная помощь сводилась к функционированию одиночного здравпункта или отдельного медико-санитарного работника;
- первичная медико-санитарная помощь облегчает установление постоянных контактов между пациентами и практикующими врачами, в рамках которых пациенты участвуют в процессе принятия решений, касающихся их здоровья и медицинской помощи; она позволяет навести мосты между индивидуальным медобслуживанием и семьями пациентов и их общинами – неприемлемо, чтобы в странах с низкими доходами первичная медико-санитарная помощь сводилась к организации одностороннего канала проведения первоочередных мероприятий по охране здоровья;
- первичная медико-санитарная помощь открывает возможности для профилактики болезней и пропаганды здорового образа жизни, а также для ранней диагностики заболеваний – поэтому неприемлемо, чтобы в странах с низкими доходами первичная медицинская помощь сводилась к лечению лишь наиболее распространенных заболеваний;
- для оказания первичной медико-санитарной помощи требуются бригады медицинских работников: врачей, практикующих медсестер и ассистентов, имеющих специальную и современную подготовку в области биомедицины и социальной работы – поэтому неприемлемо, чтобы в странах с низкими доходами первичная медицинская помощь была синонимом низкотехнологичной непрофессиональной помощи, предназначенной для сельских бедняков, которые не в состоянии платить за более качественную помощь;
- первичная медико-санитарная помощь должна быть обеспечена надлежащими ресурсами и инвестициями, и в этом случае она может гарантировать лучшее соотношение цены и качества, чем альтернативные подходы – неприемлемо, чтобы в странах с низкими доходами первичная медицинская помощь финансировалась за счет наличных платежей на основании ошибочного предположения в отношении ее дешевизны и, следовательно, доступности для малоимущих.

Эти реформы призваны переориентировать традиционную систему медицинского обслуживания на оказание первичной медико-санитарной помощи, максимально увеличив вклад служб здравоохранения – местных систем здравоохранения, сетей медицинских учреждений, медицинских участков – в обеспечение надлежащего уровня здоровья и равенства, что отвечает растущим ожиданиям населения увидеть, что “*в центре внимания системы здравоохранения – интересы людей, гармонизация отношений между душой и телом, людьми и системами*”<sup>23</sup>. Эти реформы системы предоставления услуг – всего лишь одна подгруппа реформ первичной медико-санитарной помощи, но она настолько важна, что нередко заслуживает более широкую программу реорганизации системы ПМСП. Дополнительную путаницу вносит упрощенческий подход к тому, что следует понимать под первичной медико-санитарной помощью и чем она отличается от обычного медицинского обслуживания (вставка 2)<sup>24</sup>.

Имеются многочисленные данные о сравнительных преимуществах с точки зрения эффективности и результативности медицинского обслуживания, организованного в виде ориентированной на людей первичной медико-санитарной помощи. Несмотря на различия в специальной терминологии, ее характерные черты (индивидуальный подход, широкий охват и интеграция, непрерывный характер помощи и участие пациентов, семей и общин) четко определены<sup>15, 27</sup>. Медицинская помощь, обладающая подобными характеристиками, требует соответствующей организации медицинских услуг – создания на местах многопрофильных бригад специалистов, которые отвечают за определенный контингент населения, сотрудничают с социальными службами и другими секторами и координируют работу больниц, специалистов и местных общественных организаций. Благодаря экономическому росту последних лет в сектор здравоохранения поступили дополнительные ресурсы. Этот



фактор в сочетании с растущим спросом на более высокую результативность создает значительные возможности для переориентации существующих служб здравоохранения на предоставление первичной медико-санитарной помощи, и не только в условиях хорошей обеспеченности ресурсами, но и в случае нехватки денежных средств и наличия многочисленных нужд. Во многих странах с низкими и средними доходами, где сфера предоставления услуг находится на стадии ускоренного развития, сегодня существует возможность наметить курс, который, возможно, позволит избежать некоторых ошибок, допущенных в прошлом странами с высокими доходами.

Первичная медицинская помощь может сделать многое для того, чтобы укрепить здоровье общин, но ее недостаточно для осуществления желания людей жить в условиях, которые обеспечивают охрану их здоровья, достижение равенства в уровне здоровья и возможность вести полноценную жизнь. Люди также ждут, что их правительства примут ряд мер в сфере государственной политики, направленных на решение проблем здравоохранения, которые возникают в связи с урбанизацией, изменением климата, дискриминацией по признаку пола или социальным расслоением.

Эти меры государственной политики должны включать технические стратегии и программы, направленные на решение первоочередных задач здравоохранения. Разработка таких программ может предусматривать поддержку и развитие первичной медико-санитарной помощи, или же такие задачи могут перед ними не ставиться, что объективно может подорвать усилия по реформированию сферы предоставления услуг. Органы здравоохранения несут главную ответственность за принятие грамотных решений в отношении концепции программы. Программы, направленные на решение первоочередных задач здравоохранения в рамках первичной медико-санитарной помощи должны дополняться мероприятиями в области общественного здравоохранения на национальном или международном уровне. Такие мероприятия могут обеспечить эффект масштаба, а в отношении некоторых проблем они могут даже оказаться единственным работоспособным механизмом. Многочисленные данные свидетельствуют о том, что масштабная деятельность по проведению отдельных мероприятий, которые могут касаться таких разных областей, как общественная гигиена, профилактика заболеваний и пропаганда здорового образа жизни, способна оказать значительное влияние на уровень здоровья. Несмотря на это, ими, как ни удивительно,

пренебрегают во всех странах, независимо от уровня доходов. Это особенно проявляется в моменты кризисов и серьезной опасности для здоровья населения, когда потенциал оперативного реагирования важен не только для обеспечения охраны здоровья, но также для сохранения веры общества в систему здравоохранения.

Однако разработка государственной политики касается не только традиционных вопросов общественного здравоохранения. Реформы систем первичной медико-санитарной помощи и социальной защиты в немалой степени зависят от выбора мер политики в отношении таких аспектов здравоохранения, как, например, основные лекарственные средства, технологии, людские ресурсы и финансирование в поддержку реформ, призванных обеспечить соблюдение принципов справедливости и социальной ориентации медицинской помощи. Кроме того, очевидно, что и другие секторы, помимо сектора здравоохранения, могут осуществлять меры политики, способствующие укреплению здоровья населения. Разработка школьных учебных программ, отраслевая политика по достижению гендерного равенства, безопасность продуктов питания и потребительских товаров или транспортировка токсичных отходов – все эти вопросы относятся к числу тех, что могут оказать глубокое или даже решающее влияние – положительное или отрицательное – на состояние здоровья целых общин, в зависимости от принимаемых решений. Сознательные усилия, направленные на укрепление межсекторального сотрудничества, позволят должным образом рассмотреть вопрос о “включении проблемы здоровья во все политические программы и стратегии”<sup>29</sup>, с тем чтобы при принятии решений по вопросам государственной политики наряду с другими целями и задачами секторов учитывалось воздействие соответствующих мероприятий на здоровье людей.

Для осуществления таких реформ в чрезвычайно сложных условиях сектора здравоохранения необходимы реинвестиции в общественное руководство таким образом, который будет способствовать внедрению моделей политического диалога на основе сотрудничества с многочисленными заинтересованными сторонами, поскольку это отвечает ожиданиям населения, и этот путь является наиболее эффективным. Органы здравоохранения могут добиться гораздо больших успехов в деле разработки и осуществления реформ ПМСП, адаптированных к конкретным национальным контекстам и с учетом их ограничений, если мобилизация усилий в этой области будет проводиться с учетом уроков, извлеченных

из опыта прошлых успехов и неудач. Управление вопросами охраны здоровья представляет собой серьезную проблему для министерств здравоохранения и других организаций, правительственных и неправительственных, которые обеспечивают руководство здравоохранением. Они не могут более оставаться лишь администраторами системы, они должны стать обучающими организациями. Для этого требуется всестороннее руководство, готовое к взаимодействию с самыми разными заинтересованными сторонами за пределами государственного сектора – от практикующих врачей до гражданского общества и от общин до исследователей и научного сообщества. Стратегическими направлениями для инвестирования в целях расширения возможностей органов здравоохранения по руководству реформами ПМСП являются использование систем медико-санитарной информации в интересах реформы; освоение инноваций в секторе здравоохранения и использование соответствующих движущих сил во всех обществах; и укрепление потенциала посредством обмена и ознакомления с опытом других – как на национальном, так и на международном уровне.

### Использовать благоприятный момент

Эти четыре направления реформ первичной медико-санитарной помощи определяются общепризнанными целями, которые пользуются широкой поддержкой, и проблемами, общими для находящегося в процессе глобализации мира. Несмотря на это, методы проведения таких реформ должны определяться с учетом совершенно разных ситуаций, в которых находятся конкретные страны. Проведение реформ в отношении обеспечения всеобщего охвата, предоставления услуг, проведения государственной политики и управления не может осуществляться под копирку или в виде стандартного комплекса мер.

При высокочрезмерной организации экономики здравоохранения, характерной для большинства стран с высокими доходами, имеется достаточно финансовых средств для обеспечения ускоренного перехода от высокоспециализированной третичной медицинской помощи к первичной медико-санитарной помощи, создания более благоприятной политической среды и для дополнения хорошо развитых систем всеобщего охвата целенаправленными мерами борьбы с социальной маргинализацией. Во многих странах с быстро развивающимися экономиками здравоохранения, где проживают 3 миллиарда человек, сам экономический рост на стадии

максимального подъема дает возможности для того, чтобы системы здравоохранения базировались на принципах полноценной первичной медико-санитарной помощи и всеобщего охвата, избегая при этом ошибок, допущенных в результате бездействия, например отсутствия инвестиций в разумные меры государственной политики, или действия, например чрезмерного инвестирования в высокоспециализированную медицинскую помощь, характерных в недавнем прошлом для систем здравоохранения в странах с высокими доходами. Эта проблема, по общему признанию, гораздо острее стоит для 2 миллиардов человек, живущих в странах Африки и Юго-Восточной Азии с низкими темпами роста экономики здравоохранения, а также для более чем 500 миллионов человек, составляющих население стран с неустойчивой экономикой. Но даже в них имеются признаки роста – и свидетельства возможности для его ускорения с помощью других средств помимо контрпродуктивной практики внесения наличных платежей по месту предоставления медицинской помощи, что ведет к неравенству, – которые позволяют развивать системы здравоохранения и услуг. Действительно, они в большей степени, чем другие страны, вынуждены сделать свой выбор в пользу ПМСП и, как и в других местах, могут немедленно приступить к работе в этом направлении.

Нынешняя международная ситуация благоприятствует обновлению ПМСП. Сегодня здравоохранению в мире уделяется беспрецедентно большое внимание, растут заинтересованность в совместных действиях, спрос на всестороннюю и комплексную медицинскую помощь – будь то со стороны лиц, живущих с ВИЧ, тех, кто занимается предоставлением лечения и помощи, министров здравоохранения или лидеров Группы восьми (G8), – и множатся новые международные механизмы финансирования, основанные на глобальной солидарности. Имеются убедительные и обнадеживающие свидетельства стремления к совместной работе по созданию устойчивых систем здравоохранения взамен использования разрозненных и фрагментарных подходов к решению проблем<sup>30</sup>.

В то же время просматривается перспектива увеличения объема внутренних инвестиций в укрепление систем здравоохранения на основе ПМСП. Рост ВВП – уязвимый к действию таких факторов, как экономический спад, продовольственный и энергетический кризисы и глобальное потепление – ведет к увеличению расходов на здравоохранение во всем мире, исключая при этом страны с неустойчивой экономикой.

Использовать этот экономический рост – значит создать возможности для проведения необходимых реформ ПМСП, которые не удалось провести в 1980-х и 1990-х годах. Лишь незначительная доля расходов на здравоохранение в настоящее время направляется на устранение общих сбоев в функционировании систем здравоохранения или на преодоление общесистемных препятствий, ограничивающих возможности предоставления услуг, однако потенциал для этого есть, и он быстро наращивается.

Глобальная солидарность – и внешняя помощь – по-прежнему будут играть важную роль, дополняя, закрепляя и поддерживая постепенный прогресс, достигнутый в ряде стран, но сами по себе станут менее значимыми, нежели обмен опытом, совместное накопление знаний и глобальное управление. В большинстве стран мира этот переход уже состоялся: большая часть развивающихся стран уже *не зависят* от внешней помощи. Международное сотрудничество может ускорить реорганизацию систем здравоохранения в мире, в том числе посредством более эффективного распределения внешней помощи, но реального прогресса можно ждать только от совершенствования управления здравоохранением в самих странах – как с низкими, так и с высокими доходами.

Органы здравоохранения и политические лидеры обеспокоены нынешними тенденциями в развитии систем здравоохранения, а также явной необходимостью приспособливаться к меняющимся проблемам здравоохранения, потребностям и растущим ожиданиям. Сегодня это создает возможность для реформирования ПМСП. Растет разочарование людей, и усиливаются их требования в отношении разнообразной, более справедливой медицинской помощи и более эффективной охраны здоровья общества: никогда ранее не были столь высоки ожидания населения в отношении того, что должны делать для достижения этих целей органы здравоохранения и, в частности, министерства здравоохранения.

Необходимо развить этот импульс, и тогда инвестиции в реформы ПМСП будут способствовать ускорению темпов реорганизации систем здравоохранения в целях более эффективного и справедливого распределения результатов мероприятий по охране здоровья. Сегодня мир обладает более совершенными технологиями и более высоким уровнем информированности, которые позволяют ему получить максимально высокую отдачу от изменений в функционировании систем здравоохранения. Более широкое участие гражданского общества в коллективном глобальном обсуждении проблем здравоохранения (например, по вопросу основных лекарственных средств), которое дает эффект благодаря своему масштабу, может еще больше увеличить шансы на успех.

В последнее десятилетие мировое сообщество приняло более систематический подход к решению проблемы бедности и неравенства в мире, сформулировав ЦРТ и поставив проблему неравенства во главу угла при разработке социальной политики. Вопросам охраны здоровья, тесно взаимосвязанным с другими вопросами, повсеместно придается первостепенное значение. Это открывает возможности для более эффективных действий в сфере здравоохранения, а также создает необходимые социальные условия для формирования тесных союзов за пределами сектора здравоохранения. Таким образом, межсекторальное сотрудничество вновь находится в центре внимания. Сегодня для многих органов здравоохранения их ответственность в отношении охраны здоровья не сводится к обеспечению выживания и борьбе с болезнями. Они рассматривают ее как одну из ключевых функций, которые высоко ценят отдельные люди и общество в целом<sup>31</sup>. Легитимность органов здравоохранения во все большей степени зависит от того, как они выполняют свои обязанности по развитию и реформированию сектора здравоохранения с учетом существующих общественных ценностей – в отношении охраны здоровья и того, чего общество ждет от систем здравоохранения.

## Библиография

1. Первичная медико-санитарная помощь: Отчет о международной конференции по первичной медико-санитарной помощи, Алма-Ата, СССР, 6–12 сентября 1978 г., проведена совместно Всемирной организацией здравоохранения и Детским фондом Организации Объединенных Наций. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 1978 г. (Серия "Здоровье для всех" № 1).
2. Dahlgren G, Whitehead M. Levelling up (part 2): a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2006 (Studies on social and economic determinants of population health No. 3).
3. WHO Regional Office for South-East Asia and WHO Regional Office for the Western Pacific. *People at the centre of health care: harmonizing mind and body, people and systems*. Geneva, World Health Organization, 2007.
4. *Renewing primary health care in the Americas: a position paper of the Pan American Health Organization*. Washington DC, Pan American Health Organization, 2007.
5. Saltman R, Rico A, Boerma W. *Primary health care in the driver's seat: organizational reform in European primary care*. Maidenhead, England, Open University Press, 2006 (European Observatory on Health Systems and Policies Series).
6. *Report on the review of primary care in the African Region*. Brazzaville, World Health Organization Regional Office for Africa, 2003.
7. *Международная конференция по первичной медико-санитарной помощи, Алма-Ата: двадцать пятая годовщина*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2003 г. (Пятьдесят шестая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, Женева, 19–28 мая 2003 г., WHA56.6, Пункт 14.18 повестки дня).
8. *Люблянская хартия по реформированию здравоохранения, 1996 г.* Копенгаген, Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения, 1996 г.
9. *World Health Statistics 2008*. Geneva, World Health Organization, 2008.
10. Hart T. The inverse care law. *Lancet*, 1971, 1:405–412.
11. *World development report 2004: making services work for poor people*. Washington DC, The World Bank, 2003.
12. Filmer D. *The incidence of public expenditures on health and education*. Washington DC, The World Bank, 2003 (background note for *World development report 2004 – making services work for poor people*).
13. Hanratty B, Zhang T, Whitehead M. How close have universal health systems come to achieving equity in use of curative services? A systematic review. *International Journal of Health Services*, 2007, 37:89–109.
14. Xu K et al. Protecting households from catastrophic health expenditures. *Health Affairs*, 2007, 6:972–983.
15. Starfield B. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy*, 2002, 60:201–218.
16. Moore G, Showstack J. Primary care medicine in crisis: towards reconstruction and renewal. *Annals of Internal Medicine*, 2003, 138:244–247.
17. Shiffman J. Has donor prioritization of HIV/AIDS displaced aid for other health issues? *Health Policy and Planning*, 2008, 23:95–100.
18. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. *To err is human: building a safer health system*. Washington DC, National Academy Press, Committee on Quality of Care in America, Institute of Medicine, 1999.
19. Fries JF et al. Reducing health care costs by reducing the need and demand for medical services. *New England Journal of Medicine*, 1993, 329:321–325.
20. *Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2002 г. – Уменьшение риска, содействие здоровому образу жизни*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2002 г.
21. Sindall C. Intersectoral collaboration: the best of times, the worst of times. *Health Promotion International*, 1997, 12(1):5–6.
22. Stevenson D. Planning for the future – long term care and the 2008 election. *New England Journal of Medicine*, 2008, 358:19.
23. Blendon RJ et al. Inequities in health care: a five-country survey. *Health Affairs*, 2002, 21:182–191.
24. Tarimo E, Webster EG. *Primary health care concepts and challenges in a changing world: Alma-Ata revisited*. Geneva, World Health Organization, 1997 (Current concerns ARA paper No. 7).
25. *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. Geneva, World Health Organization, 2007.
26. Dans A et al. Assessing equity in clinical practice guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2007, 60:540–546.
27. *Primary care. America's health in a new era*. Washington DC, National Academy Press, Institute of Medicine 1996.
28. Starfield B. *Primary care: balancing health needs, services, and technology*. New York, Oxford University Press, 1998.
29. Ståhl T et al, eds. *Health in all policies. Prospects and potentials*. Oslo, Ministry of Social Affairs and Health, 2006.
30. *The Paris declaration on aid effectiveness: ownership, harmonisation, alignment, results and mutual accountability*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2005.
31. Nussbaum MC, Sen A, eds. *The quality of life*. Oxford, Clarendon Press, 1993.







# Проблемы меняющегося мира



*В настоящей главе дается описание контекста, в котором в наши дни происходит обновление первичной медико-санитарной помощи. В ней рассматриваются современные вызовы для здоровья и систем здравоохранения и приводится комплекс нашедших широкую поддержку социальных ожиданий, которые составляют программу действий по изменению систем здравоохранения в современном мире.*

*В ней показано, что за последние десятилетия во многих странах достигнут значительный прогресс в области охраны здоровья и что эти достижения распределены неравномерно. Увеличился разрыв в уровне здоровья населения между отдельными странами и социальными группами в рамках одной страны. Социальные, демографические и эпидемиологические изменения, вызванные процессами глобализации, урбанизации и старения населения, ставят задачи такого масштаба, который нельзя было спрогнозировать три десятилетия назад.*

## Глава 1

Неравномерный экономический рост, неравные результаты	2
Адаптация к новым проблемам здоровья и здравоохранения	8
Тенденции, подрывающие способность систем здравоохранения к реагированию	12
Меняющиеся ценности и растущие ожидания	16
Реформы первичной медико-санитарной помощи, вызванные спросом	21

В этой главе утверждается, что в целом реакция сектора здравоохранения и общества на эти задачи была медленной и неадекватной. Это свидетельствует как о неумении мобилизовать необходимые ресурсы и институты для изменения систем здравоохранения в соответствии с основными принципами первичной медико-санитарной помощи, так и о неспособности противостоять влиянию либо существенно снизить воздействие сил, которые подталкивают сектор здравоохранения к движению в других направлениях. Имеется в виду непропорциональный акцент на специализированном стационарном лечении, фрагментация систем здравоохранения и распространение нерегулируемого коммерческого лечения. Как ни странно, эти мощные тенденции уводят системы здравоохранения от того, чего население ожидает в отношении состояния здоровья и систем здравоохранения. Когда в Алма-Атинской декларации были провозглашены принципы обеспечения справедливости в отношении медицинского обслуживания, социально ориентированной медицинской помощи и центральной роли общин в деятельности по охране здоровья, они считались радикальными. Однако социологические исследования показывают, что эти цели становятся доминирующими в адаптирующемся к современным требованиям обществе: они соответствуют тому, как люди относятся к своему здоровью и чего они ожидают от своих систем здравоохранения. Растущие социальные ожидания в отношении состояния здоровья и систем здравоохранения должны рассматриваться в качестве основной движущей силы реформирования первичной медико-санитарной помощи.

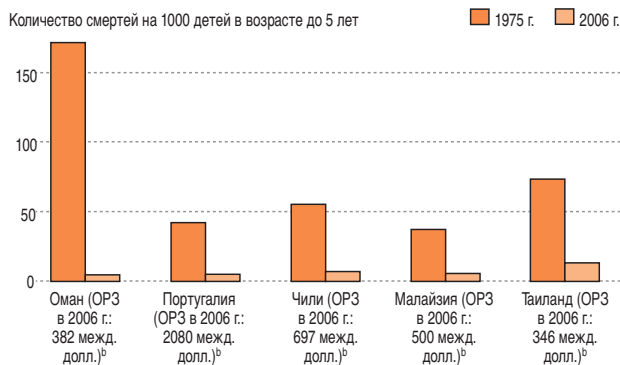
## Неравномерный экономический рост, неравные результаты

### Люди стали более здоровыми и живут дольше, но не везде

В конце 1970-х годов в Султанате Оман имелась лишь небольшая группа работников здравоохранения. Людям приходилось почти четыре дня добираться до больницы, где сотни больных уже ждали своей очереди, чтобы встретиться с одним из немногочисленных врачей (иностранных специалистов). Ситуация изменилась менее чем за одно поколение<sup>1</sup>. Оман последовательно инвестировал средства в национальную

службу здравоохранения и сохранял подобный уровень инвестиций в течение длительного времени. В настоящее время существует густая сеть из 180 местных, районных и региональных медицинских учреждений со штатом более 5000 медицинских работников, которые обеспечивают практически всеобщий доступ к медицинскому обслуживанию для населения Омана, насчитывающего 2,2 миллиона человек; при этом в настоящее время охват этими услугами распространяется и на иностранных граждан<sup>2</sup>. В настоящее время в более чем 98% случаев роды в Омане принимаются квалифицированным персоналом, и свыше 98% грудных детей

Рисунок 1.1 Некоторые региональные лидеры среди стран, в которых смертность детей в возрасте до пяти лет сократилась по крайней мере на 80%, 1975–2006 годы<sup>а,в\*</sup>



<sup>а</sup> Ни одна страна африканского региона не достигла снижения на 80%.

<sup>б</sup> Общие расходы на здравоохранение на душу населения, 2006 год, в международных долларах.

\* Международные доллары рассчитываются путем деления местных денежных единиц на расчетный паритет их покупательной способности в сравнении с долларом США.

полностью иммунизированы. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, которая в конце 1970-х годов составляла менее 60 лет, в настоящее время превышает 74 года. Коэффициент смертности среди детей в возрасте до пяти лет снизился на 94%, что является поразительным показателем<sup>3</sup>.

В каждом регионе (за исключением африканского) есть страны, где коэффициент смертности составляет в настоящее время менее одной пятой от показателя тридцатилетней давности. Наиболее яркими примерами являются Чили<sup>4</sup>, Малайзия<sup>5</sup>, Португалия<sup>6</sup> и Таиланд<sup>7</sup> (рис. 1.1). Эти результаты связаны прежде всего с улучшением доступа к расширившимся сетям медико-санитарной помощи, что стало возможным благодаря проведению последовательной политики и экономическому росту, который позволил этим



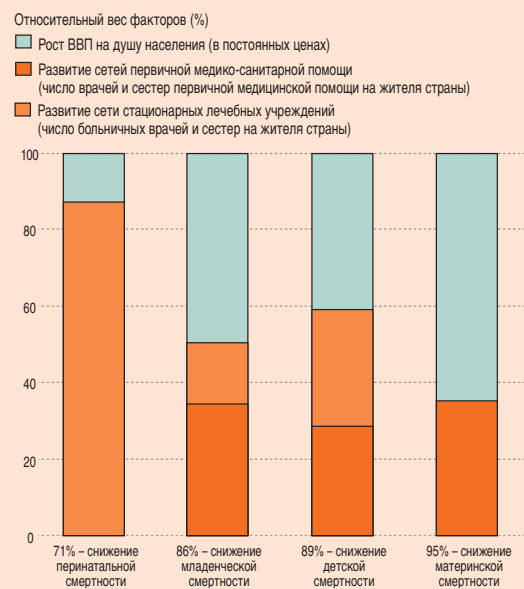
### Вставка 1.1 Экономическое развитие и возможности инвестирования в здравоохранение: улучшение основных показателей здоровья населения в Португалии

Право на здоровье было признано в Конституции Португалии, принятой в 1976 году после демократической революции. Политические требования сокращения громадного неравенства в доступе к медицинскому обслуживанию в стране привели к созданию национальной системы здравоохранения, финансируемой за счет налогов, которые дополняются системами государственного и частного страхования и наличными платежами<sup>8,9</sup>. Система полностью сформировалась в период с 1979 по 1983 год и четко базируется на принципах ПМСП: сеть медицинских учреждений, укомплектованных семейными врачами и медицинскими сестрами, постепенно охватила всю страну. Для того чтобы пациенты получили право на льготы в рамках национальной системы здравоохранения, им необходимо зарегистрироваться у семейного врача в медицинском учреждении, которое является первой точкой контакта с системой здравоохранения. Португалия считает такую сеть своим наивысшим достижением в плане улучшения доступа к медицинскому обслуживанию и повышения показателей здоровья населения<sup>6</sup>.

В настоящее время ожидаемая продолжительность жизни при рождении на 9,2 года больше, чем 30 лет назад, а ВВП на душу населения за этот период удвоился. Показатели Португалии в снижении смертности в различных возрастных группах являются одними из наиболее высоких в мире за последние 30 лет, например, уровень смертности среди детей первого года жизни снижается в два раза каждые 8 лет. Такие результаты привели к заметному сближению показателей здоровья населения Португалии с данными по другим странам этого региона<sup>10</sup>.

Многомерный анализ временного ряда различных показателей смертности начиная с 1960 года показывает, что решение Португалии основывать свою политику в области здравоохранения на принципах ПМСП при одновременном развитии сети комплексного первичного медико-санитарного обслуживания<sup>17</sup> сыграло ключевую роль в сокращении материнской и детской смертности, а снижение перинатальной смертности связывалось с развитием сети стационарных лечебных учреждений. Сравнительная роль развития первичной медико-санитарной помощи, сети стационарных учреждений и экономического роста в улучшении показателей смертности с 1960 года показана на рисунке 1.2.

**Рисунок 1.2** Факторы, обусловившие снижение смертности в Португалии, 1960–2008 годы

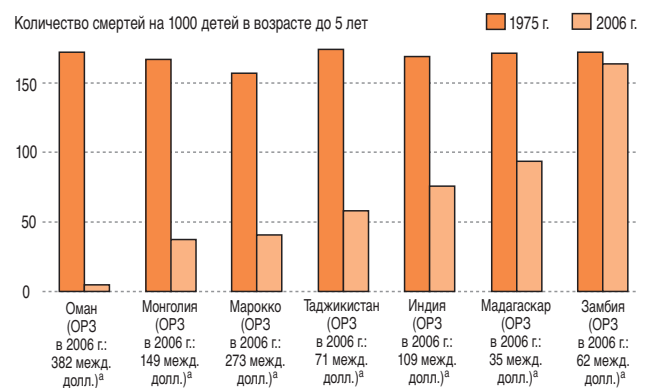


странам подкрепить свои политические обязательства стабильными инвестициями в сектор здравоохранения (вставка 1.1).

В целом в мире был достигнут значительный прогресс. Если бы показатели смертности детей оставались на уровне 1978 года, то в 2006 году было бы зарегистрировано 16,2 млн. случаев смерти детей во всем мире, тогда как фактически их число составило 9,5 миллиона<sup>12</sup>. Эта разница в 6,7 миллиона эквивалентна спасению 18 329 детских жизней ежедневно.

Но за этими цифрами скрываются значительные различия между странами. Начиная с 1975 года темпы снижения коэффициента смертности среди детей в возрасте до пяти лет были в целом гораздо ниже в странах с низким уровнем

**Рисунок 1.3** Вариативность успехов в сокращении показателей смертности среди детей в возрасте до пяти лет в 1975 и 2006 годах в ряде стран, имевших схожие показатели в 1975 году<sup>a</sup>



<sup>a</sup> Общие затраты на здравоохранение на душу населения, в международных долларах, 2006 год.

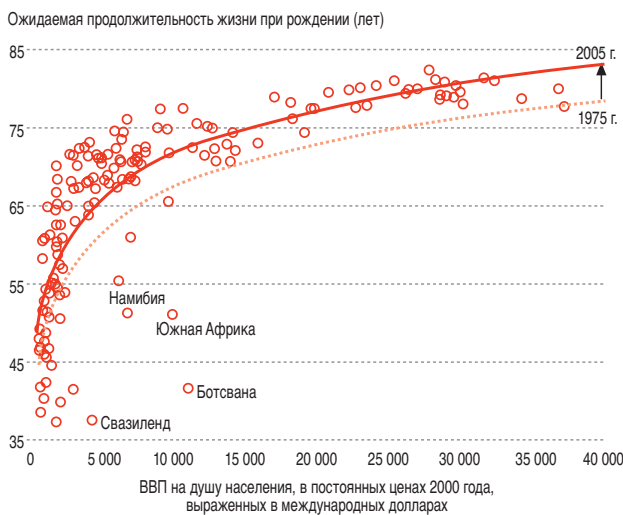
доходов, чем в более богатых странах<sup>13</sup>. За исключением Эритреи и Монголии, ни в одной из стран, имеющих в настоящее время низкий уровень доходов, сокращение коэффициента смертности детей в возрасте до пяти лет не достигло 70%. В странах, имеющих в настоящее время средний уровень доходов, показатели лучше, но, как видно из рисунка 1.3, этот прогресс весьма неравномерен. Некоторые страны достигли высоких результатов и находятся на пути к выполнению Целей в области развития, сформулированных в Декларации тысячелетия (ЦРТ) относительно здравоохранения. Другие, особенно в африканском регионе, находятся в застое или даже сдали прежние позиции<sup>14</sup>. В целом 20 из 25 стран мира, где смертность среди детей в возрасте до пяти лет все еще составляет две трети или более от уровня 1975 года, расположены в Африке к югу от Сахары. Медленный прогресс ассоциируется с неутешительными результатами деятельности по расширению доступа к медицинскому обслуживанию. Несмотря на недавние изменения к лучшему, охват вакцинацией в странах Африки к югу от Сахары все еще значительно ниже, чем в остальном мире<sup>14</sup>. В настоящее время распространенность использования противозачаточных средств по-прежнему остается на низком уровне и составляет всего 21%, тогда как в других развивающихся регионах за последние 30 лет наблюдался значительный рост этого показателя, который

достигает сейчас 61%<sup>15,16</sup>. Более широкое использование противозачаточных средств повсеместно сопровождалось снижением количества аборт. Однако в странах Африки к югу от Сахары абсолютное количество аборт возросло, и почти все они производились в небезопасных условиях<sup>17</sup>. По-прежнему существуют проблемы с уходом за роженицами и новорожденными: в 33 странах ежегодно лишь менее половины всех родов принимается квалифицированным медицинским персоналом, при этом в одной из стран этот охват составляет всего 6%<sup>14</sup>. Кроме того, страны Африки к югу от Сахары являются единственным регионом в мире, где показатели доступа к квалифицированным услугам родовспоможения не улучшаются<sup>18</sup>.

Отражая общие тенденции в выживаемости детей, глобальные тенденции в отношении продолжительности жизни характеризуются ростом этого показателя во всем мире почти на восемь лет в период с 1950 по 1978 год и еще на семь лет после этого срока, что является результатом роста среднего дохода на душу населения. Как и в случае детской выживаемости, растущее неравенство в доходах (доходы быстрее растут в странах с высокими доходами, чем в странах с низкими доходами) находит свое отражение в увеличивающемся разрыве между наименее и наиболее здоровыми<sup>19</sup>. В период с середины 1970-х до 2005 года различие в ожидаемой продолжительности жизни между странами с высокими доходами и странами Африки к югу от Сахары, или нестабильными государствами, увеличилось на 3,8 и 2,1 года, соответственно.

Очевидная связь между здоровьем населения и благосостоянием страны, представленная в виде классической кривой Престона (рис. 1.4), нуждается в уточнении<sup>20</sup>. Во-первых, кривая Престона продолжает смещаться<sup>12</sup>. В 1975 году доход на душу населения в размере 1000 межд. долл. ассоциировался с ожидаемой продолжительностью жизни в 48,8 лет. В 2005 году для такого же дохода она была на четыре года длиннее. Это дает основание предположить, что улучшения в питании, образовании<sup>21</sup>, медицинских технологиях<sup>22</sup>, институциональном потенциале для получения и использования информации и способности общества преобразовывать эти знания в эффективную деятельность в области медицинского и социального обслуживания<sup>23</sup> позволяют значительно повысить уровень здоровья при том же уровне благосостояния.

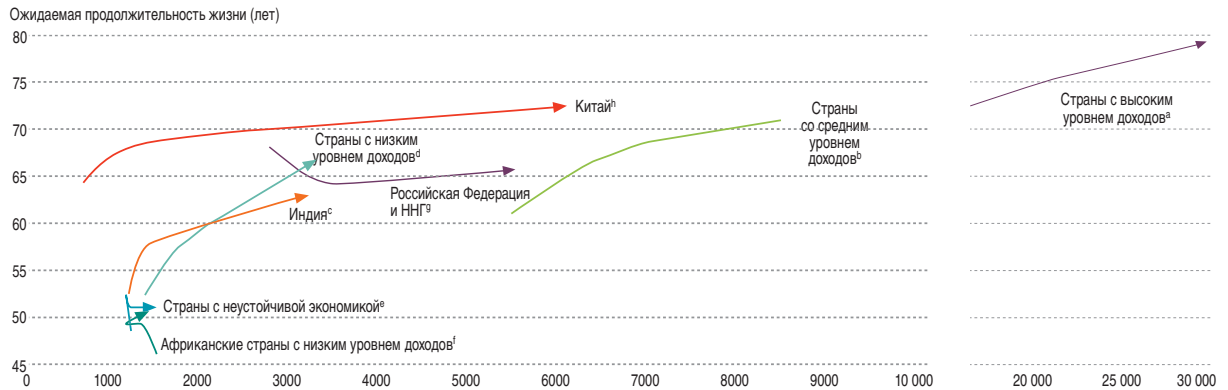
**Рисунок 1.4** ВВП на душу населения и ожидаемая продолжительность жизни при рождении в 169 странах<sup>a</sup>, 1975 и 2005 годы



<sup>a</sup> Названы только резко отклоняющиеся страны.



**Рисунок 1.5** Тенденции в ВВП на душу населения и ожидаемой продолжительности жизни при рождении в 133 странах, сгруппированных по показателю ВВП в 1975 году, 1975–2005 годы<sup>1</sup>



<sup>a</sup> 27 стран, 766 млн. жителей в 1975 г., 953 млн. – в 2005 г.

<sup>b</sup> 43 страны, 587 млн. жителей в 1975 г., 986 млн. – в 2005 г.

<sup>c</sup> Индия, 621 млн. жителей в 1975 г., 1103 млн. – в 2005 г.

<sup>d</sup> 17 неафриканских стран с низким уровнем доходов, исключая страны с неустойчивой экономикой, 471 млн. жителей в 1975 г., 872 млн. – в 2005 г.

<sup>e</sup> 20 стран с неустойчивой экономикой, 169 млн. жителей в 1975 г., 374 млн. – в 2005 г.

<sup>f</sup> 13 африканских стран с низким уровнем доходов, исключая страны с неустойчивой экономикой, 71 млн. жителей в 1975 г., 872 млн. – в 2005 г.

<sup>g</sup> Российская Федерация и 10 новых независимых государств (ННГ), 186 млн. жителей в 1975 г., 204 млн. – в 2005 г.

<sup>h</sup> Китай, 928 млн. жителей в 1975 г., 1316 млн. – в 2005 г.

<sup>i</sup> Данные по новым независимым государствам за 1975 год отсутствуют. По остальным странам нет данных за прошлые периоды.

Источники: Life expectancy: 1975, 1985: UN World Population Prospects 2006; 1995, 2005: WHO, 9 November 2008 (draft); China: 3rd, 4th and 5th National Population censuses, 1981, 1990 and 2000. GDP: 2007<sup>27</sup>.

Во-вторых, существуют большие различия в достижениях среди стран с одинаковым уровнем доходов, особенно среди бедных стран. Например, ожидаемая продолжительность жизни в Кот-д'Ивуаре (ВВП 1465 межд. долл.) почти на 17 лет меньше, чем в Непале (ВВП 1379 межд. долл.), а между Мадагаскаром и Замбией эта разница составляет 18 лет. Присутствие стран с высокими показателями в каждой зоне доходов показывает, что фактический уровень дохода на душу населения в данный момент не является абсолютным фактором, ограничивающим этот показатель, что, казалось бы, подразумевает усредненная кривая.

### Экономический рост и застой

За последние 30 лет сформировались три четкие схемы взаимосвязи между экономическим ростом и ожидаемой продолжительностью жизни при рождении (рис. 1.5).

В 1978 году примерно две трети мирового населения проживало в странах, в которых наблюдался стабильный рост показателя ожидаемой продолжительности жизни при рождении и значительный экономический рост. Наиболее впечатляющий относительный прирост отмечался в ряде стран с низким уровнем доходов в Азии

(включая Индию), Латинской Америке и северной Африке, население которых 30 лет назад составляло 1,1 миллиарда человек, а в настоящее время достигает почти 2 миллиардов. В этих странах ожидаемая продолжительность жизни при рождении возросла на 12 лет, тогда как ВВП на душу населения увеличился в 2,6 раза. В странах с высоким уровнем доходов и странах, в которых ВВП на душу населения составлял в 1975 году от 3000 до 10 000 межд. долл., также наблюдались значительный экономический рост и увеличение продолжительности жизни.

В других частях света рост ВВП не сопровождался подобным увеличением продолжительности жизни. В Российской Федерации и новых независимых государствах показатель среднего ВВП на душу населения существенно вырос, но при широко распространеннейшей бедности населения, которая сопровождала переходный период после распада Советского Союза, продолжительность жизни женщин не изменилась с конца 1980-х годов, а продолжительность жизни мужчин резко упала, особенно среди лиц с низким уровнем образования и не имевших постоянной работы<sup>24, 25</sup>. После периода технологического и организационного застоя система здравоохранения рухнула<sup>12</sup>. В 1990-е годы государственные

расходы на здравоохранение снизились до уровней, которые сделали функционирование базовой системы в некоторых странах практически невозможным. Нездоровый образ жизни в сочетании с развалом программ общественного здравоохранения, а также нерегулируемая коммерциализация медицинских услуг в сочетании с ликвидацией систем социальной защиты свели на нет любые преимущества от роста среднего ВВП<sup>26</sup>. В Китае, несмотря на голод в 1961–1963 годах и культурную революцию 1966–1976 годов, за период до 1980 года продолжительность жизни уже существенно увеличилась до уровней гораздо выше тех, которые другие страны с низким уровнем доходов имели в 1970-е годы. Вклад в это достижение первичной медико-санитарной помощи

в сельских районах и системы медицинского страхования в городах подтверждается документально<sup>27, 28</sup>. В то же время вследствие проведения экономических реформ в начале 1980-х годов средний ВВП на душу населения существенно возрос, но доступ к лечению и социальной защите ухудшился, особенно в сельской местности. Это снизило темпы улучшения до весьма скромного показателя, давая основание предположить, что только улучшение условий жизни, связываемое со значительным экономическим ростом, помогло избежать сокращения средней продолжительности жизни<sup>29</sup>.

Наконец, существует ряд стран с низким уровнем доходов, представляющих примерно 10% мирового населения, в которых и ВВП и

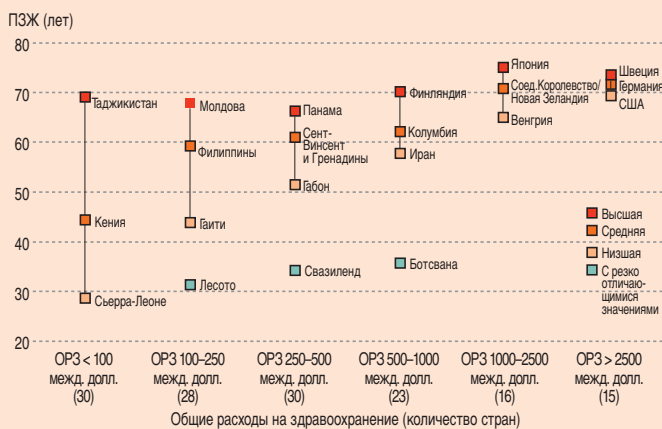
### Вставка 1.2 Более высокие расходы на здравоохранение ассоциируются с более высокими результатами, но с существенными различиями по странам

Во многих странах общие объемы средств, затрачиваемых на здравоохранение, являются недостаточными для финансирования всеобщего доступа даже к очень ограниченному комплексу основных услуг медико-санитарной помощи<sup>39</sup>. Это неминуемо ведет к различиям в уровне здоровья и выживания. На рисунке 1.6 показано, что в Кении ожидаемая продолжительность здоровой жизни составляет 44,4 года, что является средним показателем для стран, которые в настоящее время тратят на здравоохранение менее 100 межд. долл. на душу населения. Это на 27 лет меньше, чем в Германии, которая имеет средний показатель для стран, тратящих более 2500 межд. долл. на душу населения. Каждые 100 межд. долл., затрачиваемых на здравоохранение, равняются прибавлению 1,1 года к ожидаемой продолжительности здоровой жизни.

Однако за этим скрываются большие различия в результатах при сравнительно одинаковом уровне затрат. Между странами, которые тратят более 2500 межд. долл. в год на здравоохранение, существует разница до пяти лет в показателе ожидаемой продолжительности здоровой жизни. Этот разрыв шире при более низких уровнях затрат даже в рамках достаточно узких диапазонов расходов. Например, ожидаемая продолжительность здоровой жизни жителей Молдовы на 24 года превышает этот показатель для жителей Гаити, хотя обе страны входят в число 28 государств, которые тратят на здравоохранение 250–500 межд. долл. на душу населения. Этот разрыв может быть еще больше, если учитывать также страны, наиболее пострадавшие от ВИЧ/СПИДа.

Лесото тратит на здравоохранение больше, чем Ямайка, однако ожидаемая продолжительность здоровой жизни в этой стране на 34 года короче. В то же время различия в сроках ожидаемой продолжительности здоровой жизни в странах, имеющих наилучшие показатели в каждом диапазоне расходов на здравоохранение, сравнительно невелики. В Таджикистане, например, ожидаемая продолжительность здоровой жизни лишь на 4,3 года короче, чем в Швеции – меньше, чем разница в этом показателе между Швецией и США. Эти различия свидетельствуют о том, что большое значение имеют методы, объект и адресат расходования денег. В частности, в странах, где выделяемые на здравоохранение средства крайне малы, каждый неправильно размещенный доллар может привести к существенным диспропорциям.

Рисунок 1.6 Страны, сгруппированные согласно их общим расходам на здравоохранение в 2005 году (межд. долл.)<sup>38, 40</sup>





показатели продолжительности жизни оставались на прежнем уровне<sup>30</sup>. Это страны, которые считаются “государствами с неустойчивой экономикой” согласно определению “страны с низким уровнем доходов, находящиеся в тяжелом положении (LICUS)” в период с 2003 по 2006 год<sup>31</sup>. До 66% населения таких стран проживает в Африке. Неэффективное управление и продолжительные внутренние конфликты типичны для этих стран, которые сталкиваются со схожими проблемами: недостаточной безопасностью, распадом социальных связей, коррупцией, отходом от принципа верховенства права и отсутствием механизмов узаконивания государственной власти и органов управления<sup>32</sup>. Они нуждаются в огромных инвестициях и имеют ограниченные государственные ресурсы для удовлетворения этих потребностей. В период с 1995 по 2004 год половина из них имела отрицательный рост ВВП (у всех остальных показатель роста находился на уровне ниже среднего для стран с низким уровнем доходов), тогда как их внешний долг был выше среднего показателя<sup>33</sup>. В 1975 году эти страны принадлежали к числу стран с самой низкой ожидаемой продолжительностью жизни при рождении, и с тех пор она увеличилась очень незначительно. Для других африканских стран типичны многие характеристики и обстоятельства “неустойчивых” государств – фактически многие из них пережили за последние 30 лет затяжные периоды конфликтов, что также позволило бы отнести их к категории “неустойчивых” государств, если бы классификация LICUS существовала в то время. Их экономический рост был очень незначительным, так же как и рост продолжительности жизни, в немалой степени из-за присутствия в этой группе ряда стран южной части Африки, которые более, чем другие, охвачены пандемией ВИЧ-СПИДа. В среднем в этих последних странах начиная с 1975 года был отмечен некоторый экономический рост, но одновременно и значительное сокращение продолжительности жизни.

Что было до удивления общим для “неустойчивых” государств и стран Африки к югу от Сахары в течение большей части последних 30 лет и что отличает их от других государств, которые стартовали в 1975 году с менее чем 3000 межд. долл. на душу населения, так это сочетание практически нулевого экономического роста, политической нестабильности и отсутствия увеличения продолжительности жизни. В этих странах объединились характеристики, препятствующие

улучшению здоровья населения. Более медленно развивается образование, особенно женщин, а также доступ к современным средствам связи и требующей больших знаний работе, которые расширяют интеллектуальные горизонты населения. Люди более подвержены и более уязвимы к экологическим и другим угрозам для здоровья, которые в современном глобализованном мире включают такие вредные аспекты образа жизни, как курение, ожирение и насилие в городах. У них слишком низкая материальная обеспеченность, чтобы вкладывать средства в собственное здоровье, а их правительства не имеют достаточных ресурсов и/или заинтересованности в государственных капиталовложениях. Эти государства подвергаются гораздо большему риску войны и гражданских конфликтов, чем более богатые страны<sup>30</sup>. При отсутствии экономического роста гораздо сложнее сохранять мир, а в отсутствие мира не происходит экономического роста: в среднем гражданская война, обычно продолжающаяся семь лет, снижает экономический рост страны примерно на 2,3% в год, делая ее в целом на 15% беднее<sup>34</sup>.

Трудно переоценить воздействие сочетания стагнации и конфликтов. Конфликты являются непосредственной причиной избыточных страданий, заболеваемости и смертности. В Демократической Республике Конго, например, конфликт 1998–2004 годов явился причиной избыточной смертности в количестве 450 тыс. случаев смерти ежегодно<sup>35</sup>. В любой стратегии ликвидации разрыва в уровне здоровья между странами и уменьшения неравенства в этом отношении внутри стран следует учитывать необходимость создания обстановки мира, стабильности и процветания, которая позволяет вкладывать средства в сектор здравоохранения.

Период медленного экономического роста является также периодом застоя в выделении ресурсов на здравоохранение. То, что происходило в странах Африки к югу от Сахары после Алма-Атинской конференции, служит примером такой ситуации. С учетом инфляции ВВП на душу населения в этих странах снижался в течение большей части периода с 1980 по 1994 год<sup>36</sup>, что практически не позволяло расширить доступ к медицинскому обслуживанию или реформировать системы здравоохранения. К началу 1980-х годов, например, бюджетные расходы на лекарственные средства в Демократической Республике Конго, в то время Заир, сократились до нуля, а

государственные средства, выделяемые медицинским учреждениям, упали до 0,1 долл. США на жителя; бюджет государственного сектора здравоохранения Замбии сократился на две трети, а объем средств, выделяемых на оперативные расходы и заработную плату растущему числу государственных служащих в таких странах, как Гана, Камерун, Судан и Объединенная Республика Танзания, сократился в некоторых случаях на 70%<sup>36</sup>. В 1980-е–1990-е годы органы здравоохранения в этом регионе мира работали в условиях сокращающегося государственного финансирования и практического отсутствия инвестиций. Населению в этот период финансовых ограничений приходилось нести разорительные расходы на наличную оплату недофинансируемых и не отвечающих требованиям медицинских услуг.

В большинстве стран мира сектор здравоохранения нередко испытывает серьезные трудности с финансированием. В 2005 году 45 стран потратили на здравоохранение менее 100 межд. долл. на душу населения, включая внешнюю помощь<sup>38</sup>. В то же время 16 стран с высоким уровнем доходов затратили более 3000 межд. долл. на душу населения. Страны с низким уровнем доходов обычно выделяют меньшую долю своего ВВП на здравоохранение, чем страны с более высоким уровнем доходов, при этом объем ВВП у бедных стран меньше, а бремя болезней выше.

Более высокие расходы на здравоохранение ассоциируются с более высокими результатами мероприятий по охране здоровья населения, но это зависит от политического выбора и контекста (вставка 1.2): там, где средств мало, последствия ошибок, совершенных из-за бездействия или неправильных действий, усугубляются. В то же время там, где расходы растут быстро, появляются возможности для преобразования и адаптации систем здравоохранения, гораздо более ограниченные в условиях стагнации.

## Адаптация к новым проблемам здоровья и здравоохранения

### Глобализованный, урбанизированный и стареющий мир

За последние 30 лет мир изменился: мало кто мог себе представить, что в наши дни дети в Африке будут подвергаться гораздо большему риску погибнуть в дорожно-транспортных происшествиях, чем в любой из стран с высоким или

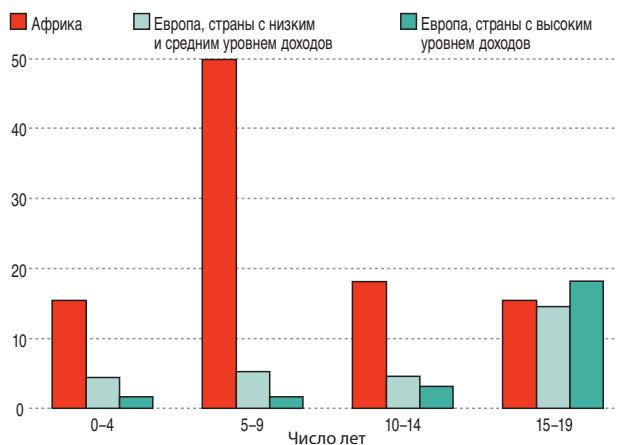
средним уровнем доходов в европейском регионе (рис. 1.7).

Многие влияющие на здоровье изменения происходили уже в 1978 году, но сегодня их темп ускорился и будет нарастать.

Тридцать лет назад в городах проживало около 38% мирового населения; в 2008 году эта цифра превышает 50% и составляет 3,3 миллиарда человек. К 2030 году в городах будет проживать почти 5 миллиардов человек. Наибольший прирост населения произойдет в небольших городах развивающихся стран и беспрецедентных по своему размеру и сложности мегаполисах южной и восточной Азии<sup>42</sup>.

Хотя в среднем показатели здоровья населения в городах выше, чем в сельской местности, колоссальное социальное и экономическое расслоение в пределах городов приводит к значительному неравенству в уровне здоровья горожан<sup>43, 44, 45, 46</sup>. В кварталах Найроби, где проживают люди с высоким уровнем доходов, показатель смертности среди детей в возрасте до пяти составляет менее 15 на тысячу, а в трущобном районе Эмбакаси того же города он равен 254 на тысячу<sup>47</sup>. На основе этих и других подобных примеров можно сделать более общее заключение о том, что в развивающихся странах при эффективном местном управлении можно достичь ожидаемой продолжительности жизни, равной 75 годам и даже более; при неэффективном городском управлении продолжительность жизни может составить не более 35 лет<sup>48</sup>. В настоящее время треть городского населения – свыше 1 миллиарда человек – проживает в трущобах, то есть в

Рисунок 1.7 Африканские дети подвергаются большему риску погибнуть в результате ДТП, чем европейские дети: число детей, ставших жертвами ДТП, на 100 тыс. населения<sup>41</sup>







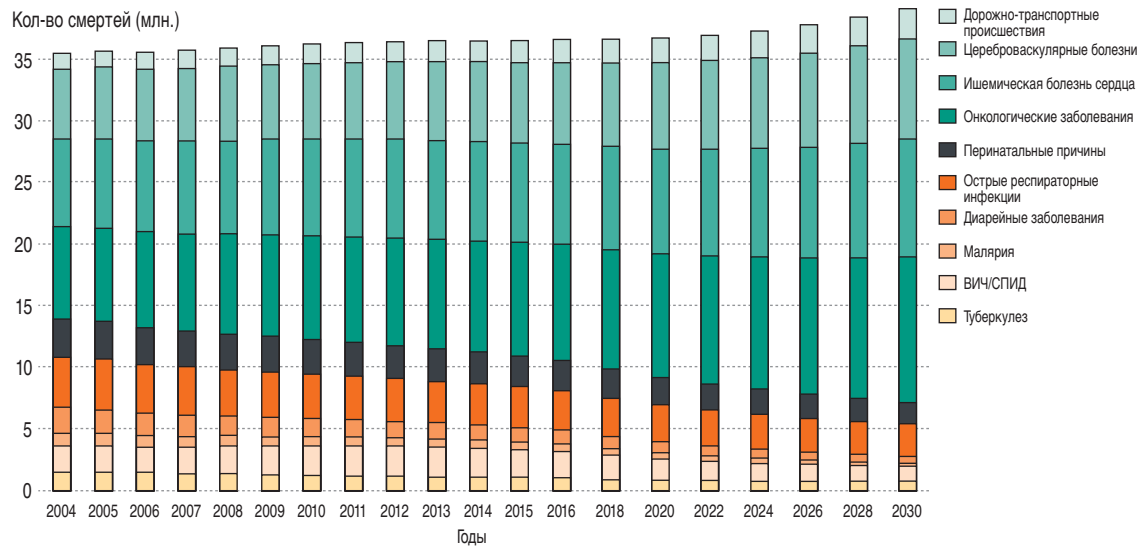
местах, где отсутствует добротное жилье, недостает жилой площади, нет доступа к чистой воде и канализации и отсутствуют правовые гарантии проживания<sup>49</sup>. В трущобах часто происходят пожары, наводнения и оползни; их обитатели в гораздо большей степени страдают от загрязнения окружающей среды, несчастных случаев, производственных аварий и городского насилия. Утрата социальных связей и глобальное распространение нездорового образа жизни вносят свой вклад в формирование среды, которая бесспорно является неблагоприятной для здоровья.

В таких городах проживает почти 200 миллионов международных мигрантов со всего мира<sup>51</sup>. Они составляют по крайней мере 20% населения в 41 стране, 31% которых имеет население менее одного миллиона. Лишение мигрантов доступа к медицинскому обслуживанию эквивалентно лишению всех жителей такой страны, как Бразилия, их прав на охрану здоровья. Некоторые страны, которые добились весьма значительных успехов в обеспечении доступа к медицинскому обслуживанию для своих граждан, не могут предложить такие же права другим резидентам. Поскольку процесс миграции идет все более быстрыми темпами, права резидентов, не являющихся гражданами, и способность системы здравоохранения справляться с растущим языковым и культурным разнообразием справедливым и эффективным способом больше не являются второстепенными проблемами.

Наш изменчивый и урбанизированный мир быстро стареет и будет продолжать стареть. К 2050 году в мире будет насчитываться 2 миллиарда людей старше 60 лет, примерно 85% которых будут жить в нынешних развивающихся странах, в основном в городской местности. В отличие от современных богатых стран, страны с низким или средним уровнем доходов быстро стареют, не успевая стать богатыми, что только усложняет проблему.

Урбанизация, старение населения и глобальные изменения образа жизни в совокупности выдвигают хронические и неинфекционные болезни (включая депрессию, диабет, сердечно-сосудистые заболевания и рак), а также травмы в число основных причин заболеваемости и смертности (рис. 1.8)<sup>51</sup>. Наблюдается все более явное смещение в распределении причин смерти и заболеваний от более молодых к более старшим возрастам и от инфекционных, перинатальных и связанных с беременностью и родами к неинфекционным болезням. Возрастет число жертв дорожно-транспортных происшествий; число смертей, являющихся следствием табакокурения, превысит число смертей, связанных с ВИЧ/СПИДом. Даже в Африке, где население остается более молодым, курение, повышенное кровяное давление и высокий уровень холестерина входят в число 10 основных факторов риска в плане общего бремени болезней<sup>52</sup>. За последние несколько десятилетий отсутствие заметного

**Рисунок 1.8** Смещение в сторону неинфекционных заболеваний и несчастных случаев в качестве причин смерти



прогресса и фактически все случаи возврата к низким показателям ожидаемой продолжительности жизни связывались с кризисом здоровья взрослого населения, например, в Российской Федерации или странах южной части Африки. Улучшение показателей здоровья населения в будущем будет все в большей степени определяться улучшением здоровья взрослого населения.

Старение привлекло внимание к вопросу, который имеет прямое отношение к организации предоставления услуг – росту частотности сочетанной заболеваемости. В промышленно развитом мире до 25% лиц в возрасте 65–69 лет и 50% 80–84-летних страдают от двух или более хронических состояний одновременно. Среди населения, живущего в условиях социальной депривации, такие сочетанные заболевания встречаются также у детей и молодых людей<sup>53, 54, 55</sup>. Частотность сочетанных патологий в странах с низким уровнем доходов еще недостаточно описана, за исключением ситуаций с эпидемией ВИЧ/СПИДа, недостаточным питанием или малярией, но вероятнее всего это явление не получило адекватной оценки<sup>56, 57</sup>. Поскольку заболевания, вызванные бедностью, взаимосвязаны, имея общие многочисленные причины, которые в совокупности приводят к росту инвалидности и ухудшению здоровья, скорее всего сочетанная заболеваемость гораздо чаще имеет место в бедных странах. Для решения проблемы сопутствующих заболеваний, включая проблемы психического здоровья, разного рода зависимости и насилия, важен комплексный подход к лечению человека. Это важно как в развивающихся странах, так и в промышленно развитом мире<sup>58</sup>.

Пока еще нет достаточного понимания того, что проблема сдвига в сторону хронических заболеваний или здоровья взрослого населения должна выйти на первое место в сравнении с незавершенными программами, связанными с профилактикой и лечением инфекционных заболеваний и охраной здоровья матерей, новорожденных и детей. Необходимо наращивать усилия, направленные на решение последних из упомянутых проблем, особенно в беднейших странах, где охват медицинским обслуживанием все еще является недостаточным<sup>12</sup>. Но системы здравоохранения всех стран, включая беднейшие из них, должны будут также заняться вопросами растущих потребностей и спроса на лечение хронических и неинфекционных заболеваний, а это невозможно сделать без усиления внимания к

созданию системы непрерывного комплексного медицинского обслуживания, чего мы не наблюдаем в настоящее время. Это в такой же степени невозможно без гораздо большего внимания к решению проблемы характерного для всех стран неравенства в доступе к медицинскому обслуживанию (вставка 1.3)

### Недальновидность и медленное реагирование

За последние несколько десятилетий органы здравоохранения продемонстрировали свою неспособность предвидеть такие изменения, подготовиться или хотя бы адаптироваться к ним, когда они уже стали повседневной реальностью. Это вызывает беспокойство, поскольку темпы изменений нарастают. Последствия для здоровья в связи с глобализацией, урбанизацией и старением населения будут усугубляться из-за воздействия других глобальных явлений, например изменения климата, которое, как ожидается, наиболее сильно отразится на самых уязвимых общинах в беднейших странах. Трудно предсказать, как конкретно все это отразится на здоровье людей в ближайшие годы, однако следует ожидать быстрых изменений в бремени болезней, роста неравенства в уровне здоровья и распада социальных связей, а также снижения работоспособности сектора здравоохранения. Современный продовольственный кризис показал, насколько неготовыми бывают органы здравоохранения к изменениям в более широком контексте даже после того, как другие сектора уже в течение некоторого времени подавали сигналы тревоги. Слишком часто ускоренные темпы и глобальный масштаб изменений в проблемах в области здравоохранения контрастируют с замедленной реакцией национальных систем здравоохранения.

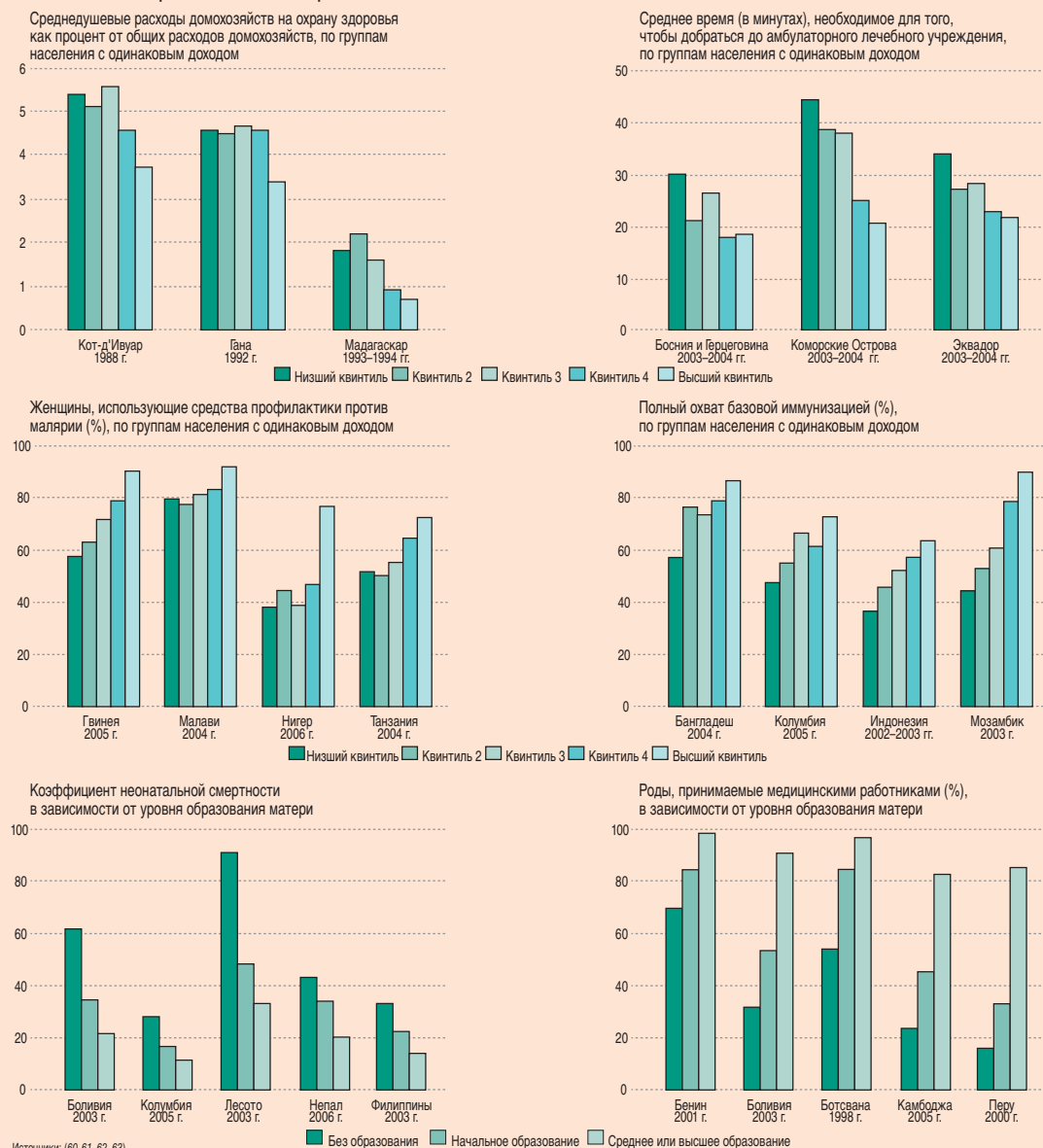
Даже в случае хорошо известных и отраженных в документах тенденций, например тех, которые являются следствием демографических и эпидемиологических изменений, уровень реагирования часто остается неадекватным<sup>64</sup>. Данные, приведенные во Всемирном обзоре в области здравоохранения, подготовленном ВОЗ по 18 странам с низким уровнем доходов, свидетельствуют о низком охвате лечением астмы, артрита, стенокардии, диабета и депрессии, а также скринингом для выявления рака шейки матки и молочной железы: охвачены менее 15% населения, входящего в квинтиль с наименьшим уровнем доходов, и менее 25% населения, входящего в квинтиль с наивысшим уровнем доходов<sup>65</sup>.



### Вставка 1.3 По мере поступления новых данных все более очевидными становятся различные аспекты возрастающего неравенства в доступе к медицинскому обслуживанию

В последние годы масштаб неравенства в рамках страны в таких областях, как уязвимость, доступ к медицинским услугам и результаты мероприятий по охране здоровья населения, был гораздо подробнее описан в публикациях (рис. 1.9)<sup>69</sup>. Более подробные данные показывают, что неравенство в уровне здоровья людей возрастает, а это свидетельствует о том, что системы здравоохранения реагировали на потребности населения в услугах здравоохранения неадекватно и неравномерно. Несмотря на усилия, направляемые в последнее время на сокращение бедности, системы здравоохранения продолжают испытывать трудности в обеспечении услугами бедного населения как в сельской, так и в городской местности, не говоря уже о ликвидации комплексных причин и последствий неравенства в уровне здоровья людей.

### Рисунок 1.9 Неравенство в уровне здоровья населения и в возможности получения медицинских услуг в рамках одной страны



Мероприятия органов здравоохранения по устранению наиболее серьезных факторов риска, приводящих к таким заболеваниям, зачастую игнорируются, даже когда они являются наиболее рентабельными: они способны снизить количество преждевременных смертей на 47% и повысить ожидаемую продолжительность здоровой жизни в мире на 9,3 года<sup>64, 66</sup>. Например, по прогнозам количество случаев связанной с табакокурением преждевременной смерти от ишемической болезни сердца, цереброваскулярных заболеваний, хронического обструктивного заболевания легких и других заболеваний возрастет с 5,4 миллиона в 2004 году до 8,3 миллиона в 2030 году, что составит почти 10% всех случаев смерти в мире<sup>67</sup>, при этом более 80% случаев придется на развивающиеся страны<sup>12</sup>. Тем не менее в двух из каждых трех стран все еще отсутствует программа борьбы с табаком или предусматриваются минимальные меры<sup>12</sup>.

За исключением немногочисленных случаев, например эпидемии ТОРС (тяжелого острого респираторного синдрома), сектор здравоохранения нередко медленно приступает к решению новых или ранее недооцененных проблем в области здравоохранения. Например, о возникающих угрозах для здоровья, связанных с изменением климата и вредными воздействиями окружающей среды, говорили еще на Встрече на высшем уровне по проблемам Земли в 1990 году<sup>68</sup>, но только в последние годы борьбу с этими угрозами начали включать в планы и стратегии<sup>69, 70</sup>.

Органы здравоохранения также зачастую не могут своевременно оценить значимость изменений в политической обстановке, что сказывается на способности сектора к реагированию. Когда вопросы здравоохранения рассматриваются в глобальном и национальном политическом контексте, это нередко заканчивается принятием поспешных и деструктивных мер, таких как структурная перестройка, децентрализация, планы по разработке стратегий сокращения бедности, негибкие методы торговли, новые налоговые режимы, фискальная политика и отказ государства от вмешательства в экономику. Органы здравоохранения не имеют возможности влиять на такое развитие событий и не могут с выгодой использовать экономический потенциал сектора здравоохранения. Многие проблемы систем, критически важных для здоровья, требуют навыков и компетенции, которые отсутствуют в медицинских учреждениях или учреждениях

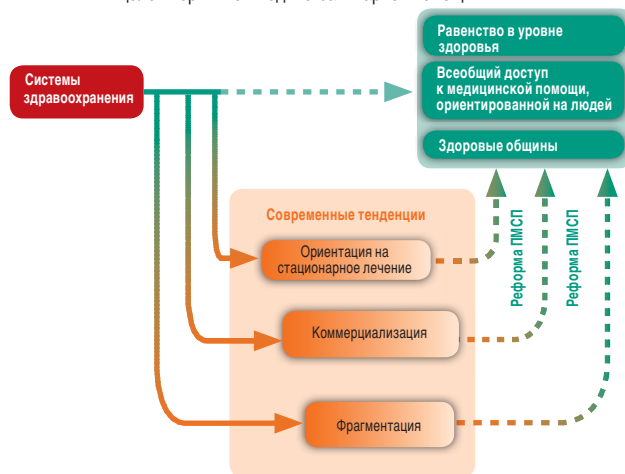
общественного здравоохранения. Неспособность признать необходимость специальных знаний, выходящих за рамки традиционных медицинских дисциплин, обрекла сектор здравоохранения на столь высокий уровень системной некомпетентности и неэффективности, который общество не может себе позволить.

## Тенденции, подрывающие способность систем здравоохранения к реагированию

Без твердой политики и руководства системы здравоохранения сами по себе не стремятся к достижению целей ПМСП и не могут эффективно реагировать на новые проблемы здравоохранения. Большинство руководителей в области здравоохранения знают, что системы здравоохранения подвержены влиянию мощных сил и воздействий, которые нередко препятствуют рациональному распределению приоритетов или формированию стратегий, тем самым уводя системы здравоохранения в сторону от запланированных направлений<sup>71</sup>. Типичные тенденции, которые формируют традиционные системы здравоохранения, в настоящее время включают (рис. 1.10):

- излишний акцент на высокоспециализированной (третичной) помощи, что нередко называют “ориентацией на стационарное лечение”;
- фрагментарность как результат разработки множества программ и проектов; и
- распространение коммерциализации медицинской помощи в нерегулируемых системах здравоохранения.

Рисунок 1.10 Причины отхода систем здравоохранения от основных целей первичной медико-санитарной помощи





Из-за того, что основное внимание при проведении многих реформ в секторе здравоохранения в 1980-е–1990-е годы уделялось сдерживанию расходов и отмене государственного регулирования, эти тенденции только усилились. Страны с высоким уровнем доходов зачастую могли осуществлять меры регулирования, чтобы смягчать некоторые из отрицательных последствий этих тенденций. В тех же странах, где ограниченность потенциала контролирования усугублялась недофинансированием, они имели более разрушительные последствия.

**Ориентация на стационарное лечение: основное звено системы здравоохранения – больницы и узкие специалисты**

В течение большей части XX века основным звеном систем здравоохранения большинства стран мира являлись больницы, оснащенные технологиями и укомплектованные узкими специалистами<sup>72, 73</sup>. В настоящее время непропорциональный акцент на больницах и узкой специализации стал основным источником неэффективности и неравенства, и эта ситуация практически не меняется. Органы здравоохранения, возможно, выражают свою обеспокоенность более настойчиво, чем раньше, но узкая специализация по-прежнему преобладает<sup>74</sup>. Например, в странах – членах Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) увеличение числа врачей за последние 15 лет на 35% произошло за счет роста числа специалистов (в период с 1990 по 2005 год примерно на 50%, тогда как численность врачей общего профиля увеличилась лишь на 20%)<sup>75</sup>. В Таиланде 30 лет назад специалисты составляли только 20% от общего числа врачей, к 2003 году их стало уже 70%<sup>76</sup>.

Движущими силами этого роста являются профессиональные традиции и интересы, а также важное место медицинской отрасли – технологий и фармацевтических препаратов – в экономике в целом (вставка 1.4). Безусловно, четкое функционирование высокоспециализированной медицинской помощи отвечает реальному спросу (хотя, по крайней мере частично, стимулированному): это необходимо, как минимум, для политического престижа системы здравоохранения. Однако опыт промышленно развитых стран показал, что при избыточной доле высокоспециализированной медицинской помощи качество лечения не соответствует затраченным на него средствам<sup>72</sup>. Ориентация на стационарное лечение приводит к

**Вставка 1.4 Отрасли производства медицинского оборудования и лекарственных препаратов являются важными экономическими факторами**

Общемировые расходы на медицинское оборудование и приборы выросли со 145 млрд. долл. США в 1998 году до 220 млрд. долл. США в 2006 году; на США приходится 39% этой суммы, на страны Европейского союза – 27% и на Японию – 16%<sup>80</sup>. Только в США в этой отрасли занято более 411 400 человек, и на нее в стране приходится треть всех рабочих мест, связанных с биологической наукой<sup>81</sup>. В 2006 году США, Европейский союз и Япония истратили на медицинское оборудование 287, 250 и 273 долл. США на душу населения, соответственно. В остальном мире такие расходы в среднем составляют порядка 6 долл. США на душу населения, а в странах Африки к югу от Сахары, представляющих собой рынок с большим потенциалом расширения, – 2,5 долл. США. Среднегодовой темп роста рынка оборудования превышает 10%<sup>82</sup>.

Фармацевтическая отрасль имеет еще больший вес в глобальной экономике, при этом общемировые объемы продаж фармацевтической продукции, как ожидается, достигнут в 2008 году 735–745 млрд. долл. США, а темпы роста составят 6–7%<sup>83</sup>. И в этой сфере США являются крупнейшим рынком в мире, на который приходится примерно 48% от общего мирового рынка: в 2005 году расходы на лекарства на душу населения в США составили 1141 долл. США, что в два раза превышает аналогичный показатель в Германии, Канаде или Соединенном Королевстве и в 10 раз – показатель Мексики<sup>84</sup>.

Специализированная и стационарная медицинская помощь является жизненно важной для этих отраслей, которые для устойчивого финансирования своего расширения требуют предварительной оплаты и объединения рисков. Хотя объем этого рынка увеличивается повсеместно, в каждой стране имеются свои заметные отличия. Например, в Японии и США в 5–8 раз больше установок для магнитно-резонансного исследования на миллион жителей, чем в Канаде и Нидерландах. Что касается сканеров для компьютерной томографии, различия еще более разительные: в 2002 году в Японии было 92,6 таких приборов на миллион жителей, а в Нидерландах в 2005 году – 5,8<sup>85</sup>. Эти различия показывают, что на рынок можно влиять, в основном путем использования соответствующих денежных стимулов и компенсаций, а также посредством грамотной организации контроля со стороны регулирующих органов<sup>86</sup>.

значительным расходам в связи с прописыванием ненужных лекарств и появлением ятрогенных заболеваний<sup>77</sup> и ставит под угрозу гуманитарные и социальные аспекты здравоохранения<sup>73, 78</sup>. Она

также ведет к издержкам неиспользованных возможностей: в Ливане, например, имеется больше отделений кардиохирургии в расчете на одного жителя, чем в Германии, и в то же время не хватает программ, направленных на сокращение факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний<sup>79</sup>. Таким образом, неэффективные способы решения проблем в области здравоохранения вытесняют более результативные, рациональные – и более справедливые<sup>80</sup> – методы организации медико-санитарной помощи и повышения уровня здоровья<sup>81</sup>.

Начиная с 1980-х годов большинство стран ОЭСР пытаются в меньшей степени опираться на больницы, узких специалистов и технологии и держать стоимость лечения под контролем. Для этого принимаются определенные меры со стороны предложения, включая сокращение количества больничных коек, замену госпитализации уходом на дому, нормирование медицинского оборудования и многочисленные финансовые стимулы и ограничения, призванные повысить результативность на микроуровне. Результаты этих усилий были неоднозначными, но развивающиеся технологии ускоряют смещение акцента со специализированной стационарной медицинской помощи в сторону первичной медико-санитарной. Во многих (но не во всех) странах с высоким уровнем доходов усилиями в рамках ПМСП удалось в 1980-е–1990-е годы улучшить соотношение между специализированной лечебной помощью, первичной помощью и пропагандой здорового образа жизни<sup>81</sup>. В течение последних 30 лет это способствовало значительному улучшению результатов мероприятий по охране здоровья<sup>81,82</sup>. В последние годы страны со средним уровнем доходов, такие как Чили с ее системой Atención Primaria de Salud [первичной медико-санитарной помощи]<sup>83</sup>, Бразилия с ее инициативой по семейному медицинскому обслуживанию и Таиланд с его программой всеобщего охвата<sup>84</sup> аналогичным образом изменили соотношение между специализированной стационарной и первичной медико-санитарной помощью<sup>85</sup>. Первоначальные результаты обнадеживают: улучшение итоговых показателей<sup>86</sup> сочеталось с заметным повышением уровня удовлетворенности пациентов<sup>87</sup>. В каждом из этих случаев смещение акцента происходило в рамках перехода к всеобщему охвату, сопровождаемому расширением прав граждан на доступ к медицинскому обслуживанию и социальной защите. Схожие процессы происходили

в Малайзии и Португалии: здесь также были обеспечены право на доступ к медицинскому обслуживанию, социальная защита и лучшее соотношение между стационарным лечением и первичной медико-санитарной помощью силами врачей общей практики, включая профилактику и пропаганду здорового образа жизни<sup>6</sup>.

Сегодня, на 50 лет позднее, промышленно развитые страны, осознав упущенные выгоды от ориентации на больничное лечение в плане эффективности и равноправия, стремятся меньше опираться на стационарное лечение. В то же время во многих странах с низким и средним уровнем доходов создаются точно такие же диспропорции. Давление со стороны потребительского спроса, медицинских работников и медико-промышленного комплекса<sup>88</sup> приводит к тому, что частные и государственные ресурсы, выделяемые на здравоохранение, направляются преимущественно на развитие специализированного стационарного лечения в ущерб инвестициям в первичную медико-санитарную помощь.

Национальным органам здравоохранения часто не хватает финансового и политического влияния, чтобы сдержать эту тенденцию и обеспечить лучшее соотношение инвестиций. Доноры также чаще использовали свое влияние для создания программ по борьбе с определенными заболеваниями, нежели для проведения реформ, которые сделали бы первичную медико-санитарную помощь основным звеном системы здравоохранения<sup>89</sup>.

#### **Фрагментарность: системы здравоохранения, сформированные вокруг приоритетных программ**

Если городское медицинское обслуживание в общем и целом связано с больницами, то бедные слои сельского населения все чаще сталкиваются с прогрессирующей фрагментарностью медицинских услуг, поскольку “выборочные” или “вертикальные” подходы сосредоточены на программах и проектах борьбы с отдельными заболеваниями. Задуманные как промежуточная стратегия по достижению справедливых результатов мероприятий по охране здоровья, эти программы были порождены обеспокоенностью, связанной с медленным расширением доступа к медицинскому обслуживанию в условиях сохраняющейся чрезвычайно высокой смертности и заболеваемости, для борьбы с которыми имеются экономические меры вмешательства<sup>97</sup>. Акцент на программах и проектах в особенности привлекателен для



международного сообщества, желающего получить зримую отдачу от инвестиций. Это хорошо согласуется с командно-административным управлением – методами работы, которыми также широко пользуются традиционные министерства здравоохранения. Ввиду практического отсутствия традиции сотрудничества с другими заинтересованными сторонами и участия общества, а также слабости потенциала регулирования программные подходы стали естественным каналом для деятельности правительств в этой области в странах, испытывавших серьезные затруднения с ресурсами и зависевших от доноров. Их достоинством было то, что они сосредоточили усилия на оказании медицинской помощи в условиях крайней нехватки ресурсов, с достойным уважением стремлением охватить медицинскими услугами беднейшие слои населения и тех, кто практически лишен этих услуг.

Многие надеялись, что инициативы по борьбе с отдельными заболеваниями максимизируют отдачу от инвестиций и так или иначе укрепят системы здравоохранения, поскольку мерами вмешательства было охвачено большое число людей, или что они станут отправной точкой для создания систем здравоохранения там, где их не было вовсе. На деле нередко эффект был обратным. Неустойчивый характер направленности на борьбу с конкретным заболеванием и искажения, вызываемые этим фактором в слабых и необеспеченных средствами системах здравоохранения, широко критиковались в последние годы<sup>98</sup>. Краткосрочные улучшения оказались недолговечными и привели к такой фрагментарности медицинских услуг, которая сейчас вызывает серьезную обеспокоенность у руководителей органов здравоохранения. Из-за параллельных цепей инстанций и механизмов финансирования, дублирования органов контроля и учебных программ, а также высоких транзакционных издержек возникла ситуация, когда программы борются между собой за скудные ресурсы, штаты и внимание доноров, при этом структурные проблемы систем здравоохранения – финансирование, оплата труда и людские ресурсы – практически не решаются. Различия в оплате труда работников, занятых в обычном государственном секторе и в программах и проектах с хорошим финансированием, усугубляют кризис людских ресурсов в слабых системах здравоохранения. В Эфиопии персоналу, нанятому по контракту для помощи в выполнении программ, платили в три

раза больше, чем обычным государственным служащим<sup>99</sup>, а в Малави за полтора года в одной из больниц 88 медсестер уволились, чтобы работать в программах неправительственных организаций, где платили гораздо больше<sup>100</sup>.

В итоге услуги оказываются только в случае заболеваний, по которым существуют (финансируемые) программы, а люди, которые имеют несчастье не подходить ни под один из текущих программных приоритетов, остаются без внимания. Трудно сохранить доверие людей, если их рассматривают просто как целевые объекты программ – в этом случае услуги утрачивают социальную устойчивость. Эта проблема касается не только населения. Она ставит в незавидное положение и медицинских работников, так как им приходится отказывать пациентам, у которых “не те проблемы”, что не сочетается с собственными представлениями медиков о профессионализме и заботе о людях, которым многие дорожат. Возможно, поначалу руководителей органов здравоохранения привлекала простота программного финансирования и управления, однако по мере того как программы множатся, а фрагментация становится неуправляемой и неприемлемой, все более очевидными представляются достоинства более интегрированного подхода. Однако реинтеграция программ, после того как они уже прочно утвердились, – непростая задача.

### **Системы здравоохранения движутся в сторону нерегулируемой коммерциализации**

Во многих, если не в большинстве стран с низким и средним уровнем доходов недостаточное финансирование и фрагментация медицинских услуг ускорили коммерциализацию здравоохранения, определяемую в данном документе как нерегулируемая продажа платных медицинских услуг, независимо от того, предоставляются ли такие услуги государственными, частными поставщиками или НПО.

Коммерциализация медицинского обслуживания достигла неслыханных масштабов в тех странах, которые, по собственному выбору или из-за недостатка потенциала, не в состоянии осуществлять регулирование сектора здравоохранения. Будучи первоначально исключительно городским явлением, нерегулируемое предоставление платных медицинских услуг множественством различных мелких независимых поставщиков в настоящее время доминирует на всем пространстве, где есть медицинское обслуживание, – от

стран Африки к югу от Сахары до государств с переходной экономикой в Азии или Европе.

Коммерциализация нередко нарушает границы, разделяющие государственный и частный сектора<sup>101</sup>. Во многих государственных и даже в традиционно некоммерческих учреждениях НПО медико-санитарное обслуживание фактически стало предоставляться на коммерческой основе, поскольку в результате введения систем неофициальной оплаты и возмещения издержек, призванных компенсировать хроническое недофинансирование сектора государственного здравоохранения и нехватку средств для структурных преобразований, стоимость услуг была переложена на потребителя<sup>102, 103</sup>. В этих же странах значительную часть кадров нерегулируемого коммерческого сектора составляют работающие по совместительству государственные служащие<sup>104</sup>, другие же прибегают к взиманию незаконной платы за услуги<sup>105, 106, 107</sup>. Таким образом, в дискуссиях о государственном и частном секторах здравоохранения в последние десятилетия был упущен главный момент: для населения вопрос, в сущности, состоит не в том, является ли поставщик медицинских услуг государственным служащим или частным предпринимателем и являются ли эти медицинские учреждения государственными или частными. Вопрос в том, действительно ли медицинские услуги являются лишь товаром, который можно купить и продать на платной основе без какого-либо контроля или защиты потребителя<sup>108</sup>.

Коммерциализация отражается как на качестве медицинского обслуживания, так и на доступе к нему. Причины просты: поставщик услуг обладает знаниями, а у пациента либо их мало, либо они отсутствуют. Поставщик заинтересован в продаже того, что наиболее выгодно, но это не обязательно наилучшим образом подходит пациенту. Отсутствие эффективных систем сдержек и противовесов приводит к результатам, о которых можно прочитать в отчетах организаций потребителей или в газетных статьях, где выражается возмущение нарушением негласного договора о доверии между тем, кто предоставляет медицинские услуги, и клиентом<sup>109</sup>. Те, кто не может позволить себе медицинское обслуживание, игнорируются; те, кто может себе это позволить, иногда не получают той помощи, которая им нужна, а нередко получают те услуги, которые им не нужны, и неизбежно переплачивают.

Нерегулируемые коммерциализированные системы здравоохранения крайне неэффективны

и дороги<sup>110</sup>: они усугубляют неравенство<sup>111</sup> и предоставляют низкокачественное, а временами опасное для здоровья медицинское обслуживание (в Демократической Республике Конго, например, существует такое распространенное явление, как “*la chirurgie safari*” [хирургия “сафари”], когда медицинские работники подрабатывают, совершая удаление аппендицита или другие хирургические вмешательства на дому у пациента, часто за очень высокую плату).

Таким образом, коммерциализация медицины во многом способствует подрыву доверия к медицинскому обслуживанию и способности органов здравоохранения защитить население<sup>111</sup>. Именно это вызывает обеспокоенность у политиков и гораздо чаще, чем 30 лет назад, становится одной из главных причин растущей поддержки реформ, которые привели бы системы здравоохранения в соответствие не только с текущими проблемами в области здоровья, но и с ожиданиями людей.

## Меняющиеся ценности и растущие ожидания

Причина, по которой системы здравоохранения ставят во главу угла стационарное лечение или коммерциализуются, заключается в том, что это диктуется предложением и в то же время отвечает спросу – действительно либо стимулированному предложением. Системы здравоохранения являются также отражением глобализирующейся потребительской культуры. В то же время, как свидетельствуют факты, люди осознают, что такие системы здравоохранения не обеспечивают надлежащего ответа на их нужды и потребности и что они руководствуются интересами и целями, которые не связаны с ожиданиями населения. По мере того как общество модернизируется и становится более богатым и информированным, меняется и представление людей о том, какие условия существования они считают желательными как отдельные личности и как члены сообщества, то есть меняются их ценности<sup>112</sup>. В настоящее время люди все больше рассматривают услуги здравоохранения как товар, но у них есть и другие, все более растущие ожидания в отношении здоровья и медицинского обслуживания. Людей больше, чем это обычно считается, заботит их здоровье как неотъемлемая часть повседневной жизни их самих и членов их семей (вставка 1.5)<sup>113</sup>. Они хотят, чтобы их семьи и общины были защищены от рисков и опасностей для здоровья. Они хотят, чтобы при предоставлении медицинской помощи

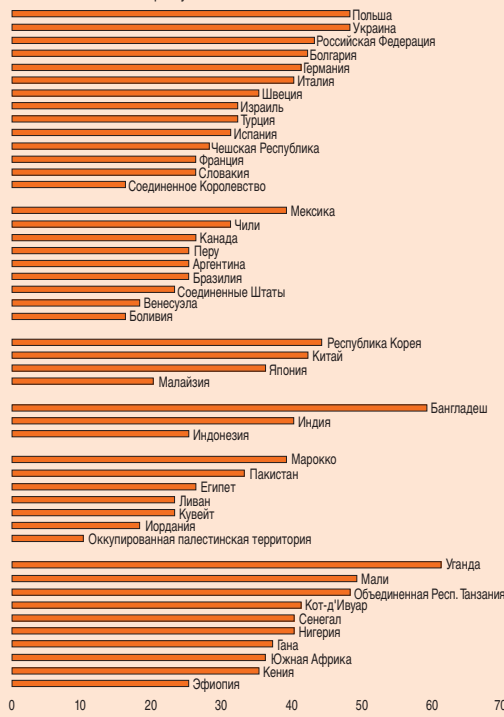




### Вставка 1.5 Здоровье – одна из первостепенных личных проблем

Когда людей просят назвать наиболее важные проблемы, с которыми они и их семьи сталкиваются постоянно, на первое место часто выходят финансовые заботы, а непосредственно следом – здоровье<sup>118</sup>. В каждой второй стране собственные болезни, стоимость медицинского обслуживания, низкое качество медицинских услуг или другие вопросы, связанные со здоровьем, являются важнейшими личными заботами для более чем трети обследуемого населения (рис. 1.11). Поэтому неудивительно, что развал системы здравоохранения – или даже намек на такой развал – могут привести к недовольству населения, что угрожает амбициям политиков, которые считаются ответственными за эту область<sup>119</sup>.

Рисунок 1.11 Доля населения, назвавшего здоровье в качестве первой из причин для обеспокоенности, включающих также финансовые проблемы, жилье и преступность<sup>118</sup>



с ними обращались как с личностями, имеющими права, а не как с целевыми объектами программ или получателями благотворительной помощи. Они готовы уважать медицинских работников, но хотят, чтобы их тоже уважали и чтобы все это происходило в атмосфере взаимного доверия<sup>114</sup>.

Люди имеют также определенные ожидания в отношении того, каким образом их общество будет решать проблемы здоровья и здравоохранения.

Они стремятся к большему равноправию и солидарности в вопросах здравоохранения и все более нетерпимо относятся к социальной изоляции, даже если их собственные действия не всегда согласуются с этими ценностями<sup>115</sup>. Они ожидают, что руководители органов здравоохранения – государственных или иных – будут делать больше для защиты их права на здоровье. Обследования с целью выяснения социальных ценностей, которые проводятся с 1980-х годов, указывают на все большее сближение в этом отношении между ценностями в развивающихся странах и в более богатых обществах, где охрана здоровья и доступ к медицинскому обслуживанию часто воспринимаются как должное<sup>112, 115, 116</sup>. Растущее благосостояние, доступ к информации и социальное взаимодействие приводят к росту ожиданий. Люди хотят иметь больше возможностей высказывать свое мнение о том, что происходит у них на работе, в общинах, в которых они живут, а также о важных государственных решениях, которые отражаются на их жизни<sup>117</sup>. Стремление к лучшему медицинскому обслуживанию и охране здоровья, снижению неравенства в получении медицинских услуг и участию в решениях, которые касаются их здоровья, сегодня становится более распространенным и интенсивным, чем 30 лет назад. Поэтому в настоящее время от органов здравоохранения люди ожидают гораздо большего.

### Равенство в уровне здоровья

Полного равенства в уровне здоровья, богатства или власти достичь трудно, если вообще возможно. Некоторые страны более эгалитарны, чем другие, но в целом для мира характерно “неравенство”. В то же время обследования в целях выяснения ценностей четко показывают, что людям небезразлично это неравенство – учитывая, что значительную долю составляет “несправедливое неравенство”, которого можно и следует избегать. Данные, относящиеся к началу 1980-х годов, показывают, что люди все больше выражают несогласие с тем, как распределяется доход, и полагают, что “справедливое общество” должно принять меры по исправлению этих диспропорций<sup>120, 121, 122, 123</sup>. Поэтому директивные органы уже не могут, как раньше, игнорировать социальную составляющую при определении политики<sup>120, 124</sup>.

Часто люди не осознают истинного масштаба неравенства в уровне здоровья. Например, большинство граждан Швеции, вероятно, даже не

подозревали, что разница в ожидаемой продолжительности жизни между 20-летними мужчинами из высших и низших социально-экономических групп в 1997 году составляла 3,97 года – разрыв, который увеличился на 88% по сравнению с 1980 годом<sup>125</sup>. Однако, хотя знания населения об этих вопросах могут быть неполными, исследования показывают, что люди считают различия в показателях здоровья, обусловленные социальным положением, глубоко несправедливыми<sup>126</sup>. Нетерпимость к неравенству в уровне здоровья и к лишению некоторых групп населения возможности пользоваться льготами в области медицинского обслуживания и социальной защитой сопоставима с нетерпимостью к неравенству в доходах или даже превышает ее. В большинстве стран существует широкий консенсус относительно того, что каждый должен иметь возможность заботиться о своем здоровье и получать лечение в случае болезни или травмы, не доводя себя до разорения и нищенского состояния<sup>127</sup>.

По мере того как страна богатеет, требование равноправного доступа к медицинскому обслуживанию и социальной защите для удовлетворения основных потребностей в лечении и социальном обеспечении получает все более широкую общественную поддержку. Социологические обследования показывают, что в европейском регионе 93% населения поддерживают всеобщий охват медицинским обслуживанием<sup>117</sup>. В США, которые, как известно, долгое время отказывались принимать государственную систему медицинского страхования, более 80% населения выступают в ее поддержку<sup>115</sup>, при этом всеобщее базовое медицинское обслуживание продолжает оставаться разделяемой многими, активно поддерживаемой социальной целью<sup>128</sup>. Отношение к этому вопросу в странах с более низким уровнем доходов не так хорошо изучено, но, экстраполируя точку зрения населения этих стран на неравенство в доходах, разумно предположить, что рост благосостояния сопровождается растущей обеспокоенностью в отношении справедливого медицинского обслуживания, даже если консенсуса по этому вопросу так же трудно достичь, как и в более богатых странах.

### **Медицинское обслуживание, ориентированное на человека**

Когда люди заболевают или получают травму, они, безусловно, нуждаются в эффективной медицинской помощи. Они хотят получать

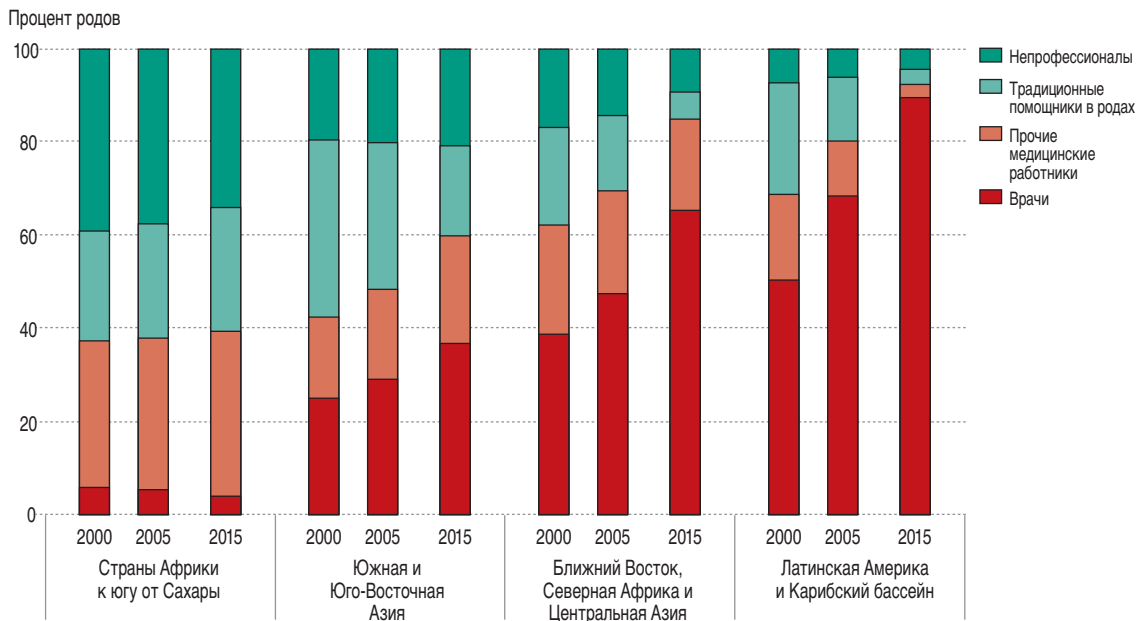
медицинские услуги от поставщиков, готовых действовать в их наилучших интересах, справедливо и честно, со знанием дела и компетентно. Требование компетенции имеет большое значение: оно стимулирует экономику здравоохранения постоянным повышенным спросом на профессиональное обслуживание (врачей, медицинских сестер и врачей-консультантов по другим специальностям, которые играют возрастающую роль как в промышленно развитых, так и в развивающихся странах)<sup>129</sup>. Например, во всем мире женщины все чаще пользуются услугами акушеров и врачей, а не традиционных помощников в родах (рис. 1.12)<sup>130</sup>.

Движение в поддержку ПМСП недооценило скорость, с которой переход от спроса на услуги традиционных поставщиков медицинских услуг к профессиональной медицинской помощи обогнал первоначальные попытки быстро расширить доступ к медицинской помощи, полагаясь на непрофессиональных “общинных медико-санитарных работников” с их дополнительным преимуществом знания местной культуры. В тех случаях, когда стратегии по расширению охвата первичной медико-санитарной помощью предлагали использование непрофессиональных медико-санитарных работников в качестве альтернативы, а не в дополнение к профессионалам, предоставляемая помощь часто воспринималась как низкокачественная<sup>131</sup>. Это заставляло людей обращаться к коммерческому медицинскому обслуживанию, которое они, справедливо или ошибочно, считали более качественным; тем самым отвлекалось внимание от задачи более эффективной организации профессионалов в рамках первичной медико-санитарной помощи.

Сторонники ПМСП были правы в отношении важности знания местной культуры и человеческих отношений, что должно быть основным сравнительным преимуществом общинных медико-санитарных работников. Граждане стран развивающегося мира, так же как граждане богатых стран, ищут не только технической компетентности – они хотят, чтобы медицинская помощь предоставлялась людьми понимающими, уважаемыми и заслуживающими доверия<sup>132</sup>. Они хотят, чтобы медицинская помощь была организована с учетом их нужд, чтобы уважались их верования и принимались во внимание конкретные жизненные ситуации. Они не хотят, чтобы их обманывали недобросовестные поставщики медицинских услуг, и в то же время не желают



**Рисунок 1.12** Профессионализация ухода за родильницами: процент родов, принимаемых профессиональными медицинскими работниками и другими лицами, осуществляющими уход, в отдельных районах, 2000 и 2005 годы с прогнозом до 2015 года<sup>a</sup>



<sup>a</sup> Источник: Обобщенные данные по 88 обследованиям ДМСО за 1995–2006 годы, линейная проекция до 2015 года.

становиться просто целевыми объектами программ по борьбе с определенными болезнями (им, наверное, это никогда не нравилось, но сейчас они гораздо чаще говорят об этом). И в бедных, и в богатых странах люди хотят от здравоохранения не просто проведения мероприятий. Ширится признание того, что при решении медицинских проблем следует учитывать социально-культурные условия жизни семей и общин, где эти проблемы возникают<sup>133</sup>.

В настоящее время государственное и частное медицинское обслуживание в основном организовано таким образом, какой поставщики медицинских услуг считают эффективным и удобным, при этом обращается мало внимания или отсутствует понимание того, что важно для их клиентов<sup>134</sup>. Этого быть не должно. Как показал опыт, в особенности промышленно развитых стран, медицинские услуги могут быть в большей степени ориентированы на потребности людей. Это повышает их эффективность и создает более позитивную рабочую обстановку<sup>135</sup>. К сожалению, развивающиеся страны часто не заботятся о том, чтобы ориентировать услуги на потребности человека, как будто это не так важно в условиях

ограниченных средств. Однако пренебрежение нуждами и чаяниями людей всегда приводит к отрыву медицинских служб от общин, которые они обслуживают. Ориентация на потребности населения – это не роскошь, а необходимость, в том числе и для служб, охватывающих бедное население. Только службы, ориентированные на нужды населения, сведут к минимуму социальную изоляцию и не будут заставлять людей обращаться за нерегулируемой коммерциализированной медицинской помощью в учреждения, где иллюзия более благоприятной обстановки обходится очень дорого как в плане финансовых затрат, так и ятрогенных заболеваний.

### Охрана здоровья общин

Люди представляют себе здоровье не только как отсутствие болезни или травмы, но и как отсутствие факторов, которые, по их мнению, угрожают их здоровью и здоровью всей общины<sup>118</sup>. Хотя культурные и политические представления о вреде для здоровья весьма различны, существует общая и растущая тенденция считать, что органы власти обязаны отвечать за обеспечение защиты от таких угроз и быстро реагировать на них<sup>136</sup>.

Это является существенной частью “социального договора”, который придает легитимность государству. Политики как в богатых, так и в бедных странах все больше пренебрегают своей обязанностью защищать людей от угроз их здоровью и нести за это ответственность – об этом свидетельствуют негативные политические последствия неэффективного управления во время катастрофы, вызванной ураганом “Катрина” в США в 2005 году, или кризис с уборкой мусора в Неаполе, Италия, в 2008 году.

Доступ к информации об угрозах для здоровья в нашем глобализирующемся мире расширяется. Знания выходят за пределы сообщества медицинских работников и научных экспертов. Обеспокоенность относительно угроз здоровью больше не ограничивается традиционными государственными программами по улучшению качества питьевой воды и канализации для профилактики инфекционных болезней и борьбы с ними. После принятия в 1986 году Оттавской хартии укрепления здоровья<sup>137</sup> программы по укреплению здоровья населения включают гораздо более широкий круг вопросов, в том числе продовольственную безопасность и экологические угрозы, а также коллективный уклад жизни и социальную среду, которые влияют на здоровье и качество жизни<sup>138</sup>. В последние годы этот перечень был дополнен растущей обеспокоенностью относительно угроз для здоровья, которые ранее не были столь очевидными, а в настоящее время все чаще становятся объектом освещения в средствах массовой информации, а именно рисков в отношении безопасности пациентов<sup>139</sup>.

### Надежные органы здравоохранения, чутко реагирующие на нужды населения

В течение XX века здоровье постепенно стало восприниматься как одно из общественных благ, гарантированных государством. Можно спорить о том, насколько широким должно быть понятие государства всеобщего благосостояния и общественного блага как его составляющей части<sup>140, 141</sup>, но в переживающих модернизацию государства социальная и политическая ответственность, возлагаемая на органы здравоохранения, – не просто на министерства здравоохранения, но и на местные государственные структуры, профессиональные организации и организации гражданского общества, играющие квазигосударственную роль, – расширяется.

Обстоятельства или краткосрочная политическая выгода могут иногда склонить правительства к временному отказу от выполнения своих обязанностей перед обществом по финансированию и осуществлению регулирования сектора здравоохранения или от предоставления услуг и выполнения основных функций общественного здравоохранения. Как и следовало ожидать, проблем при этом возникает больше, чем решается. Отказ государства от выполнения этих функций, по причине собственного выбора или из-за внешнего давления, который произошел в 1980-е–1990-е годы в Китае и бывшем Советском Союзе, а также в значительном числе стран с низким уровнем доходов, имел зримые и вызывающие тревогу последствия для здоровья людей и для функционирования служб медицинской помощи. Показательно, что это привело к социальной напряженности, которая отразилась на легитимности политического руководства<sup>119</sup>.

Во многих регионах мира существует весьма скептическое отношение к тому, какими методами и в каких масштабах органы здравоохранения принимают на себя обязанность по охране здоровья населения. Обследования показывают, что существует тенденция снижения доверия к государственным институтам как гарантам справедливости, честности и добросовестности сектора здравоохранения<sup>123, 142, 143</sup>. Тем не менее в целом люди ожидают от органов здравоохранения работы на общее благо, добросовестного ее выполнения и дальновидности<sup>144</sup>. Существует множество разработанных общественностью оценочных карточек, рейтинговых и других сравнительных таблиц<sup>141</sup>, которые организации потребителей<sup>111</sup>, занимающиеся проблемами сектора медицинского обслуживания, используют на национальном или глобальном уровне. Создаются также национальные и глобальные наблюдательные организации гражданского общества<sup>146, 147, 148, 149</sup>. Эти тенденции последнего времени свидетельствуют о преобладании сомнений относительно способности органов здравоохранения обеспечить разумное руководство системой здравоохранения, а также о растущих ожиданиях более эффективной работы этих органов.

### Участие

В то же время обследования показывают, что по мере модернизации обществ люди все больше хотят иметь возможность “высказаться” относительно “важных решений, отражающихся



на их жизни<sup>123, 112</sup>, которые включали бы такие вопросы, как распределение ресурсов и организация и регулирование медицинского обслуживания. Однако опыт таких разных стран, как Таиланд, Чили и Швеция, свидетельствует, что люди больше озабочены тем, чтобы иметь гарантии справедливых и прозрачных процессов, а не тем, как технически определяются приоритеты<sup>150, 151</sup>. Иными словами, оптимальным ответом на стремление людей играть большую роль в вопросах политики в области здравоохранения было бы положение, когда структурированная и функциональная система сдержек и противовесов, включающая соответствующие заинтересованные стороны, сопровождалась бы гарантией того, что группы, представляющие конкретные интересы, не монополизуют политическую программу<sup>152</sup>.

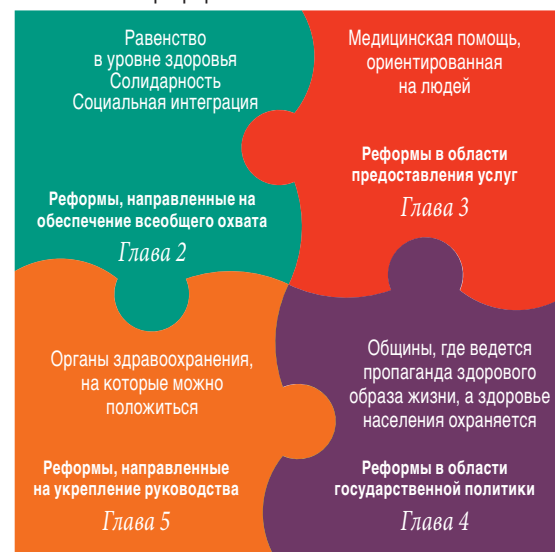
### Реформы первичной медико-санитарной помощи, вызванные спросом

Таким образом, основные ценности, сформулированные движением в поддержку первичной медико-санитарной помощи три десятилетия назад, во многих ситуациях в настоящее время представлены более ярко, чем во время Алма-Атинской конференции. Они существуют не только в форме моральных убеждений прогрессивных интеллектуалов. Все в большей степени они существуют как конкретные социальные ожидания, которые лелеют и отстаивают большие группы обычных граждан в обновляющихся обществах. Тридцать лет назад такие ценности, как равенство, ориентация на нужды людей, участие и самостоятельность общин, поддерживаемые движением ПМСП, многие считали радикальными. В настоящее время эти ценности стали пользующимися широкой поддержкой социальными ожиданиями в отношении здоровья, которые все больше распространяются во многих странах мира, хотя формулировки, которые используются для выражения этих ожиданий, могут отличаться от формулировок Алма-Атинской декларации.

Эта эволюция от формальных этических принципов к общим социальным ожиданиям кардинально меняет политическую динамику в отношении изменения систем здравоохранения. Она открывает новые возможности для выработки

социального и политического импульса, который заставит системы здравоохранения двигаться в направлении, нужном людям, что в обобщенном виде представлено на рисунке 1.13. Она переключает дискуссии с чисто технического обсуждения относительной эффективности различных способов “решения” проблем здравоохранения на обсуждение политических соображений относительно социальных задач, которые определяют направление развития систем здравоохранения. В последующих главах представлен комплекс реформ, направленных на приведение специализированных, фрагментарных и коммерциализированных систем здравоохранения в соответствие с этими растущими социальными ожиданиями. Цель этих реформ первичной медико-санитарной помощи состоит в том, чтобы направить ресурсы общества на достижение большего равенства и ликвидацию изоляции; на обеспечение ориентации медицинских служб на удовлетворение нужд и ожиданий людей, а также на выработку государственной политики, которая обеспечивает охрану здоровья общин. В основе всех этих реформ лежит требование участия граждан и других заинтересованных сторон: признание того, что корыстные интересы подталкивают системы здравоохранения к движению в разных направлениях, повышает значимость лидерства и дальновидности, а также непрерывного накопления знаний, чтобы достичь большего.

**Рисунок 1.13** Социальные ценности, лежащие в основе ПМСП, и соответствующие комплексы реформ



## Библиография

- Smith R. Oman: leaping across the centuries. *British Medical Journal*, 1988, 297:540–544.
- Sultanate of Oman: second primary health care review mission. Geneva, World Health Organization, 2006.
- Primary health care performance. Muscat, Sultanate of Oman. Directorate General of Health Affairs, Department of Primary Health Care, 2006.
- Infante A. The post military government reforms to the Chilean health system. A case study commissioned by the Health Systems Knowledge Network. Paper presented in the Health Services Knowledge Network Meeting, London, October 2006. Geneva, World Health Organization, Commission on the Social Determinants of Health, 2007.
- Pathmanathan I, Dhairiam S. Malaysia: moving from infectious to chronic diseases. In: Tarimo E, ed. *Achieving health for all by the year 2000: midway reports of country experiences*. Geneva, World Health Organization, 1990.
- Biscaia A et al. *Cuidados de saúde primários em Portugal: reformar para novos sucessos*. Lisbon, Padrões Culturais Editora, 2006.
- Pongsuapay Y. *Introducing a human dimension to Thai health care: the case for family practice*. Brussels, Vrije Universiteit Brussel Press, 2007.
- Barros P, Simões J. *Portugal: health system review*. Geneva, World Health Organization Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory of Health Systems and Policies, 2007 (Health Systems in Transition No. 9; <http://www.euro.who.int/Document/E90670.pdf>, accessed 1 July 2008).
- Bentes M, Dias CM, Sakellarides C, Bankauskaite V. *Health care systems in transition: Portugal*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004 (Health Care Systems in Transition No. 1; <http://www.euro.who.int/document/e82937.pdf>, accessed 1 July 2008).
- Ferrinho P, Bugalho M, Miguel JP. eds. *For better health in Europe, Vol. 1*. Lisbon, Fundação Merck Sharp & Dohme, 2004.
- Biscaia A et al. *Cuidados de saúde primários portugueses e a mortalidade vulnerável às intervenções dos serviços de saúde – o caso português [Portuguese primary health care and health services intervention in mortality amenable to health service intervention]*. Geneva, World Health Organization 2008 (unpublished background paper for the *World Health Report 2008 – Primary health care: now more than ever*, Geneva, World Health Organization, 2008).
- World Health Statistics 2008*. Geneva, World Health Organization, 2008.
- Murray CJL et al. Can we achieve Millennium Development Goal 4? New analysis of country trends and forecasts of under-5 mortality to 2015. *Lancet* 2007, 370:1040–1054.
- The Millennium Development Goals report 2007*. New York, United Nations, 2007 (<http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/mdg2007.pdf>, accessed 1 July 2008).
- Levels and trends of contraceptive use as assessed in 2002*. New York, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2004 (Sales No. E.04.XIII.9).
- World contraceptive use 2007, wall chart*. New York, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2008 (Sales No. E.08.XIII.6).
- Sedgh G et al. Induced abortion: estimated rates and trends worldwide. *Lancet*, 2007, 370:1338–1345.
- Koblinsky M et al. Going to scale with professional skilled care. *Lancet*, 2006, 368:1377–1386.
- Goesling B, Ferebaugh G. The trend in international health inequality. *Population and Development Review*, 2004, 30:131–146.
- Preston S. The changing relation between mortality and level of economic development. *Population Studies*, 1975, 29:231–248.
- The state of the world's children 2008*. Paris, United Nations Children's Fund, 2008.
- Cutler DM, Deaton A, Lleras-Muney A. *The determinants of mortality*. Cambridge, MA, National Bureau of Economic Research, 2006 (NBER Working Paper No. 11963).
- Deaton A. *Global patterns of income and health: facts, interpretations, and policies*, WIDER Annual Lecture, Helsinki, September 29th, 2006. Princeton NJ, Princeton University Press, 2006.
- Field M, Shkolnikov V. Russia: socioeconomic dimensions of the gender gap in mortality. In: Evans et al. *Challenging inequities in health: from ethics to action*. New York, Oxford University Press 2001.
- WHO mortality database: tables [online database]. Geneva, World Health Organization, 2007 (<http://www.who.int/healthinfo/mortables/en/index.html>, accessed 1 July 2008).
- Suhrcke M, Rocco L, McKee M. *Health: a vital investment for economic development in eastern Europe and central Asia*. European Observatory on Health Systems and Policies, 2008 ([http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20070618\\_1](http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20070618_1), accessed 1 July 2008).
- Banister J, Zhang X. China, economic development and mortality decline. *World Development*, 2005, 33:21–41.
- Banister J, Hill K. Mortality in China, 1964–2000. *Population studies*, 2004, 58:55–75.
- Gu D et al. *Decomposing changes in life expectancy at birth by age, sex and residence from 1929 to 2000 in China. Paper present at the American Population Association 2007 annual meeting, New York, 29-31 March 2007* (unpublished).
- Milanovic B. *Why did the poorest countries fail to catch up?* Washington DC, Carnegie Endowment for International Peace, 2005 (Carnegie Paper No. 62).
- Carvalho S. *Engaging with fragile states: an IEG review of World Bank support to low-income countries under stress. Appendix B: LICUS, fiscal 2003-06*. Washington DC, The World Bank, 2006 ([http://www.worldbank.org/ieg/licus/docs/appendix\\_b.pdf](http://www.worldbank.org/ieg/licus/docs/appendix_b.pdf), accessed 1 July 2008).
- Carvalho S. *Engaging with fragile states: an IEG review of World Bank support to low-income countries under stress. Chapter 3: Operational utility of the LICUS identification, classification, and aid-allocation system*. Washington DC, The World Bank, 2006 ([http://www.worldbank.org/ieg/licus/docs/licus\\_chap3.pdf](http://www.worldbank.org/ieg/licus/docs/licus_chap3.pdf), accessed 1 July 2008).
- Ikpe, E. Challenging the discourse on fragile states. *Conflict, Security and Development*, 2007, 77:84–124.
- Collier P. *The bottom billion: why the poorest countries are failing and what can be done about it*. New York, Oxford University Press, 2007.
- Coghlan B et al. Mortality in the Democratic Republic of Congo: a nationwide survey. *Lancet*, 2006, 367:44–51.
- World development indicators 2007*. Washington DC, The World Bank, 2007 (<http://go.worldbank.org/3JU2HA60D0>, accessed 1 July 2008).
- Van Lerberghe W, De Brouwere V. Etat de santé et santé de l'Etat en Afrique subsaharienne [State of health and health of the state in sub-Saharan Africa], *Afrique Contemporaine*, 2000, 135:175–190.
- National health accounts country information for 2002–2005. Geneva, World Health Organization, 2008 (<http://www.who.int/nha/country/en>, accessed 2 July 2008).
- Xu K et al. Protecting households from catastrophic health expenditures. *Health Affairs*, 2007, 26:972–983.
- The World Health Report 2004 – Changing history: overview. Annex table 4: healthy life expectancy in WHO Member States, estimates for 2002*. Geneva, World Health Organization, 2004 ([http://www.who.int/whr/2004/annex/topic/en/annex\\_4\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2004/annex/topic/en/annex_4_en.pdf), accessed 2 July 2008).
- WHO global burden of disease estimates: 2004 update*. Geneva, World Health Organization, 2008 (<http://www.who.int/healthinfo/bodestimates/en/index.html>, accessed 2 July 2008).
- State of world population 2007. Unleashing the potential of urban growth*. New York, United Nations Population Fund, 2007.
- Vlahov D et al. Urban as a determinant of health. *Journal of Urban Health*, 2007, 84(Suppl.1):16–26.
- Montgomery M, Hewett, PC. *Urban poverty and health in developing countries: household and neighborhood effects demography*. New York, The Population Council, 2004 (Policy Research Division Working paper No. 184; <http://www.popcouncil.org/pdfs/wp/184.pdf>, accessed 1 July 2008).
- Satterthwaite D. *Coping with rapid urban growth*. London, Royal Institution of Chartered Surveyors, 2002 (RICS Leading Edge Series; POPLINE Document No. 180006).
- Garenne M, Gakusi E. Health transitions in sub-Saharan Africa: overview of mortality trends in children under 5 years old (1950–2000). *Bulletin of the World Health Organization*, 2006, 84:470–478.
- Population and health dynamics in Nairobi's informal settlements*. Nairobi, African Population and Health Research Center Inc., 2002.
- Report of the knowledge network on urban settlement*. Geneva, World Health Organization, Commission on Social Determinants of Health, 2008.
- State of world population 2007. Unleashing the potential of urban growth*. New York, United Nations Population Fund, 2007.
- International Migration Report 2006*. 2006. New York, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, 2006.
- Abegunde D et al. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. *Lancet*, 2007, 370:1929–1938.
- The World Health Report 2002 – Reducing risks, promoting health life*. Geneva, World Health Organization, 2002.
- Amaducci L, Scarlato G, Candalese L. *Italian longitudinal study on ageing. ILSA resource data book*. Rome, Consiglio Nazionale per le Ricerche, 1996.
- Marengoni A. *Prevalence and impact of chronic diseases and multimorbidity in the ageing population: a clinical and epidemiological approach*. Stockholm, Karolinska Institutet, 2008.
- McWhinney I. The essence of general practice. In: Lakhani M, ed. *A celebration of general practice*. London, Royal College of General Practitioners, 2003.
- Kazembe LN, Namangale JJ. A Bayesian multinomial model to analyse spatial patterns of childhood co-morbidity in Malawi. *European Journal of Epidemiology*, 2007, 22:545–556.



57. Gwer S, Newton CR, Berkley JA. Over-diagnosis and co-morbidity of severe malaria in African children: a guide for clinicians. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. 2007 77(Suppl. 6):6–13.
58. Starfield B et al. Comorbidity: implications for the importance of primary care in 'case' management. *Annals of Family Medicine*, 2003, 1:814.
59. Gwatkin D et al. *Socio-economic differences in health nutrition and population*. Washington DC, The World Bank, 2000 (Health Nutrition and Population Discussion Paper).
60. Castro-Leal F et al. Public spending on health care in Africa: do the poor benefit? *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78:66–74.
61. World Health Surveys. Geneva, World Health Organization, 2008.
62. STATcompiler [online database]. Calverton MD, Demographic Health Surveys, 2008 (<http://www.statcompiler.com/>, accessed 22 July 2008).
63. Davidson R et al. *Country report on HNP and poverty – socio-economic differences in health, nutrition, and population within developing countries: an overview. Produced by the World Bank in collaboration with the government of the Netherlands and the Swedish International Development Cooperation Agency*. Washington DC, The World Bank, 2007.
64. Strong K et al. Preventing chronic diseases: how many lives can we save? *Lancet*, 366:1578–1582.
65. *World health survey: internal calculations*. Geneva, World Health Organization, 2008 (unpublished).
66. Ezzati M et al. Comparative risk assessment collaborating group. Estimates of global and regional potential health gains from reducing multiple major risk factors. *Lancet*, 2003, 362:271–280.
67. *WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package*. Geneva, World Health Organization, 2008.
68. Bettcher DW, Sapirie S, Goon EH. Essential public health functions: results of the international Delphi study, *World Health Stat Q*, 1998, 51:44–54.
69. *The World Health Report 2007 – A safer future, global public health security in the 21st century*. Geneva, World Health Organization, 2007.
70. Rockenschaub G, Pukkila J, Profili M. *Towards health security. A discussion paper on recent health crises in the WHO European Region*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2007.
71. Moran M. *Governing the health care state. A comparative study of the United Kingdom, the United States and Germany*. Manchester, Manchester University Press, 1999.
72. Starfield B. *Primary care. Balancing health needs, services and technology*. New York, Oxford University Press, 1998.
73. Pongsupap Y. *Introducing a human dimension to Thai health care: the case for family practice*. Brussels, Vrije Universiteit Brussel Press, 2007.
74. Brotherton SE, Rockey PH, Etzel SI. US graduate medical education, 2004–2005: trends in primary care specialties. *Journal of the American Medical Association*, 2005, 294:1075–1082.
75. OECD Health Data 2007. SourceOECD [online database]. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 18 July 2007 ([http://www.oecd.org/document/1/0/10/3343\\_en\\_2649\\_37407\\_38976778\\_1\\_1\\_1\\_37407,00.html](http://www.oecd.org/document/1/0/10/3343_en_2649_37407_38976778_1_1_1_37407,00.html), accessed 1 July 2008).
76. Jindawatthana A, Jongudomsul P. Human resources for health and universal health care coverage. Thailand's experience. *Journal for Human Resources for Health* (forthcoming).
77. The Research Priority Setting Working Group of the WHO World Alliance for Patient Safety. *Summary of the evidence on patient safety. Implications for research*. Geneva, World Health Organization, 2008.
78. Liamputtong P. Giving birth in the hospital: childbirth experiences of Thai women in northern Thailand. *Health Care for Women International*, 2004, 25:454–480.
79. Ammar W. *Health system and reform in Lebanon*. Beirut, World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2003.
80. Whitehead M, Dahlgren G. *Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up part 1*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2006. (Studies on Social and Economic Determinants of Population Health No. 2; <http://www.euro.who.int/document/e89383.pdf>, accessed 15 July 2008).
81. Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy*, 2002, 60:201–218.
82. Schoen C et al. 2006 US health system performance: a national scorecard. *Health Affairs*, 20 September 2006 (Web Exclusive, w457–w475).
83. Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. *Orientaciones para la programación en red*. Santiago, Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Gestión de Red Asistencial, 2006.
84. Suraratdecha C, Saithanu S, Tangcharoensathien V. Is universal coverage a solution for disparities in health care? Findings from three low-income provinces of Thailand. *Health Policy*, 73:272–284.
85. Tangcharoensathien V et al. Knowledge-based changes to the Thai health system. *Bulletin of the World Health Organization*, 2004, 82:750–756.
86. Macinko J et al. Going to scale with community-based primary care: an analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999–2004. *Social Science & Medicine*, 2007, 65:2070–2080.
87. Pongsupap Y, Boonyapaisarnchoaroen T, Van Lerberghe W. The perception of patients using primary care units in comparison with conventional public hospital outpatient departments and "prime mover family practices": an exit survey. *Journal of Health Science*, 2005, 14:475–483.
88. Relman AS. The new medical-industrial complex. *New England Journal of Medicine*, 1980, 303:963–970.
89. *Aid effectiveness and health. Making health systems work*. Geneva, World Health Organization, 2007 (Working Paper 9; WHO/HSS/healthsystems/2007.2).
90. *Lifestyle and health*. EurActiv, 2006 (<http://www.euractiv.com/en/health/medical-devices/article-117519>, accessed 1 July 2008).
91. Medical Device Statistics. *PharmaMedDevice's Bulletin*, 2006 ([http://www.pharmameddevice.com/App/homepage.cfm?appname=100485&linkid=23294&moduleid=3162#Medical\\_Device](http://www.pharmameddevice.com/App/homepage.cfm?appname=100485&linkid=23294&moduleid=3162#Medical_Device), accessed 1 July 2008).
92. *Medical technology industry at a glance*. Washington DC, Advanced Medical Technology Association, 2004 (<http://www.advamed.org/NR/rdonlyres/0A261055-827C-4CC6-80B6-CC2D8FA04A33/0/ChartbookSept2004.pdf>, accessed 15 July 2008).
93. Press room: IMS health predicts 5 to 6 percent growth for global pharmaceutical market in 2008, according to annual forecast. *IMS Intelligence Applied*, 1 November 2007 ([http://www.imshealth.com/ims/portal/front/articleC/0,2777,6599\\_3665\\_82713022,00.html](http://www.imshealth.com/ims/portal/front/articleC/0,2777,6599_3665_82713022,00.html), accessed 1 July 2008).
94. Danzon PM, Furukawa MF. International prices and availability of pharmaceuticals in 2005. *Health Affairs*, 2005, 27:221–233.
95. *Health at a glance 2007: OECD indicators*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2007.
96. Moran M. *Governing the health care state. A comparative study of the United Kingdom, the United States and Germany*. Manchester, Manchester University Press, 1999.
97. Walsh JA, Warren KS. Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. *New England Journal of Medicine*, 1979, 301:967–974.
98. Buse K, Harmer AM. Seven habits of highly effective global public-private health partnerships: Practice and potential, *Social Science & Medicine*, 2007, 64:259–271.
99. Stillman K, Bennet S. *System wide effects of the Global Fund interim findings from three country studies*. Washington DC, United States Agency for Aid and Development, 2005.
100. Malawi Ministry of Health and The World Bank. *Human resources and financing in the health sector in Malawi*. Washington DC, World Bank, 2004.
101. Giusti D, Criel B, de Béthune X. Viewpoint: public versus private health care delivery: beyond slogans. *Health Policy and Planning*, 1997, 12:193–198.
102. Périn I, Attaran A. Trading ideology for dialogue: an opportunity to fix international aid for health. *Lancet*, 2003, 362:1216–1219.
103. Creese AL. User charges for health care: a review of recent experience. Geneva, World Health Organization, 1990 (Strengthening Health Systems Paper No. 1).
104. Macq J et al. Managing health services in developing countries: between the ethics of the civil servant and the need for moonlighting. *Human Resources for Health Development Journal*, 2001, 5:17–24.
105. Delcheva E, Balabanova D, McKee M. Under-the-counter payments for health care: evidence from Bulgaria. *Health Policy*, 1997, 42:89–100.
106. João Schwabach et al. Good Samaritan or exploiter of illness? Coping strategies of Mozambican health care providers. In: Ferrinho P, Van Lerberghe W. eds. *Providing health care under adverse conditions. Health personnel performance and individual coping strategies*. Antwerp, ITG Press, 2000.
107. Ferrinho P et al. Pilfering for survival: how health workers use access to drugs as a coping strategy. *Human Resources for Health*, 2004, 2:4.
108. McIntyre D et al. Commercialisation and extreme inequality in health: the policy challenges in South Africa. *Journal of International Development*, 2006, 18:435–446.
109. Sakboon M et al. Case studies in litigation between patients and doctors. Bangkok, The Foundation of Consumer Protection, 1999.
110. Ammar W. *Health system and reform in Lebanon*. Beirut, World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2003.
111. Macintosh M. *Planning and market regulation: strengths, weaknesses and interactions in the provision of less inequitable and better quality health care*. Geneva, World Health Organization, Health Systems Knowledge Network, Commission on the Social Determinants of Health, 2007.
112. Inglehart R, Welzel C. *Modernization, cultural change and democracy: the human development sequence*. Cambridge, Cambridge University Press, 2005.
113. Kickbush I. Innovation in health policy: responding to the health society. *Gaceta Sanitaria*, 2007, 21:338–342.
114. Anand S. The concern for equity in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2002, 56:485–487.
115. *Road map for a health justice majority*. Oakland, CA, American Enviro-nics, 2006 ([http://www.americanenviro-nics.com/PDF/Road\\_Map\\_for\\_Health\\_Justice\\_Majority\\_AE.pdf](http://www.americanenviro-nics.com/PDF/Road_Map_for_Health_Justice_Majority_AE.pdf), accessed 1 July 2008).

116. Welzel I. A human development view on value change trends (1981–2006). *World Value Surveys*, 2007 (<http://www.worldvaluessurvey.org/>, accessed on 1 July 2008).
117. World values surveys database. Madrid, World Value Surveys, 2008 (<http://www.worldvaluessurvey.com>, accessed 2 July 2008).
118. *A global look at public perceptions of health problems, priorities and donors: the Kaiser/Pew global health survey*. Kaiser Family Foundation, December 2007 (<http://www.kff.org/kaiserpolls/upload/7716.pdf>, accessed 1 July 2008).
119. Blumenthal D, Hsiao W. Privatization and its discontents – the evolving Chinese health care system. *New England Journal of Medicine*, 2005, 353:1165–1170.
120. Lübker M. Globalization and perceptions of social inequality. *International Labour Review*, 2004, 143:191.
121. Taylor, B, Thomson, K. *Understanding change in social attitudes*. Aldershot, England, Dartmouth Publishing, 1996.
122. Gajdos T, Lhommeau B. L'attitude à l'égard des inégalités en France à la lumière du système de prélèvement socio-fiscal. Mai 1999 (<http://thibault.gajdos.free.fr/pdf/cserc.pdf>, accessed 2 July 2008).
123. Halman L et al. *Changing values and beliefs in 85 countries. Trends from the values surveys from 1981 to 2004*. Leiden and Boston, Brill, 2008 (European values studies 11; <http://www.worldvaluessurvey.org/>, accessed 2 July 2008).
124. De Maeseneer J et al. *Primary health care as a strategy for achieving equitable care: a literature review commissioned by the Health Systems Knowledge Network*. Geneva, World Health Organization, Commission on the Social Determinants of Health, 2007.
125. Burström K, Johannesson M, Didericksen E. Increasing socio-economic inequalities in life expectancy and QALYs in Sweden 1980–1997. *Health Economics*, 2005, 14:831–850.
126. Marmot M. Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *Lancet*, 2007, 370:1153–1163.
127. *Health care: the stories we tell. Framing review*. Oakland CA, American Environics, 2006 (<http://www.americanenironics.com>, accessed 2 July 2008).
128. Garland M, Oliver J. *Oregon health values survey 2004*. Tualatin, Oregon Health Decisions, 2004.
129. Mullan F, Frehywot S. Non-physician clinicians in 47 sub-Saharan African countries. *Lancet*, 2007, 370:2158–2163.
130. Koblinsky M et al. *Going to scale with professional skilled care*. *Lancet*, 2006, 368:1377–1386.
131. Lehmann U, Sanders D. *Community health workers: what do we know about them? The state of the evidence on programmes, activities, costs and impact on health outcomes of using community health workers*. Geneva, World Health Organization, Department of Human Resources for Health, Evidence and Information for Policy, 2007.
132. Bossyns P, Van Lerberghe W. The weakest link: competence and prestige as constraints to referral by isolated nurses in rural Niger. *Human Resources for Health*, 2004, 2:1–8.
133. Cheragi-Sohi S et al. What are the key attributes of primary care for patients? Building a conceptual map of patient preferences. *Health Expect*, 2006, 9:275–284.
134. Pongsupap Y, Van Lerberghe W. Choosing between public and private or between hospital and primary care? Responsiveness, patient-centredness and prescribing patterns in outpatient consultations in Bangkok. *Tropical Medicine & International Health*, 2006, 11:81–89.
135. Allen J et al. *The European definition of general practice/family practice*. Ljubljana, European Society of General Practice/Family Medicine, 2002 ([http://www.globalfamilydoctor.com/publications/Euro\\_Def.pdf](http://www.globalfamilydoctor.com/publications/Euro_Def.pdf), accessed 21 July 2008).
136. Gostin LO. Public health law in a new century. Part I: law as a tool to advance the community's health. *Journal of the American Medical Association*, 2000, 283:2837–2841.
137. Canadian Public Health Association and Welfare Canada and the World Health Organization. *Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 17–21 November 1986*. Geneva, Department of Human Resources for Health, World Health Organization, 1986 (WHO/HPR/HEP/95.1; [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa\\_charter\\_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf), accessed 2 July 2008).
138. Kickbusch I. The contribution of the World Health Organization to a new public health and health promotion. *American Journal of Public Health*, 2003, 93:3.
139. Jaffré Y, Olivier de Sardan JP. *Une médecine inhospitalière*. Paris, APAD-Karthala (Hommes et sociétés), 2003.
140. Blank RH. *The price of life: the future of American health care*. New York, Colombia University Press, 1997.
141. Weissert C, Weissert W. *Governing health: the politics of health policy*. Baltimore MD, Johns Hopkins University Press, 2006.
142. Millenson ML. How the US news media made patient safety a priority. *BMJ*, 2002, 324:1044.
143. Davies H. Falling public trust in health services: Implications for accountability. *Journal of Health Services Research and Policy*, 1999, 4:193–194.
144. Gilson L. Trust and the development of health care as a social institution. *Social Science and Medicine*, 2003, 56:1453–1468.
145. Nutley S, Smith PC. League tables for performance improvement in health care. *Journal of Health Services & Research Policy*, 1998, 3:50–57.
146. Allsop J, Baggott R, Jones K. Health consumer groups and the national policy process. In: Henderson S, Petersen AR, eds. *Consuming health: the commodification of health care*. London, Routledge, 2002.
147. Rao H. Caveat emptor: the construction of non-profit consumer watchdog organizations. *American Journal of Sociology*, 1998, 103:912–961.
148. Larkin M. Public health watchdog embraces the web. *Lancet*, 2000, 356:1283–1283.
149. Lee K. Globalisation and the need for a strong public health response. *The European Journal of Public Health*, 1999 9:249–250.
150. McKee M, Figueras J. Setting priorities: can Britain learn from Sweden? *British Medical Journal*, 1996, 312:691–694.
151. Daniels N. Accountability for reasonableness. Establishing a fair process for priority setting is easier than agreeing on principles. *BMJ*, 2000, 321:1300–1301.
152. Martin D. Fairness, accountability for reasonableness, and the views of priority setting decision-makers. *Health Policy*, 2002, 61:279–290.









## Расширение и сохранение всеобщего охвата



Люди рассчитывают, что в их стране действует справедливая система здравоохранения. Причины неравенства в уровне здоровья кроются в социальных условиях, не зависящих непосредственно от системы здравоохранения. Ликвидировать эти коренные причины необходимо посредством межсекторальных действий и межправительственной деятельности. Кроме того, сектор здравоохранения может сам предпринять существенные меры для достижения равенства в уровне здоровья. Основой для этого служит пакет реформ, направленных на достижение всеобщего охвата, то есть всеобщего доступа к услугам в области здравоохранения при обеспечении социальной защиты здоровья людей.

### Глава 2

Центральное место принципа равенства в уровне здоровья в системе ПМСП	28
Меры по достижению всеобщего охвата	29
Задачи достижения всеобщего охвата	32
Целенаправленные меры, дополняющие механизмы обеспечения всеобщего охвата	37
Мобилизация сил для достижения равенства в уровне здоровья	39

## Центральное место принципа равенства в уровне здоровья в системе ПМСП

“Если ты заболел, то приходится выбирать: либо обойтись без лечения, либо остаться без фермы!”<sup>1</sup>. Почти век назад неумолимая реальность жизни в сельских районах Канады натолкнула Мэтью Андерсона (1882–1974 гг.) на мысль создать систему медицинского страхования на основе налогообложения, которая в конечном счете привела в 1965 году к введению всеобщей системы здравоохранения на территории всей Канады. К сожалению, сегодня такая ужасающая по своей безысходности ситуация существует во многих странах мира. По прошествии более 30 лет после того, как в Алма-Ате прозвучал громкий призыв к достижению большего равенства в уровне здоровья, большинство систем здравоохранения в мире продолжают зависеть от в высшей степени несправедливого метода финансирования здравоохранения: оплата пациентами или их семьями медицинских услуг в месте их предоставления. Примерно 5,6 миллиарда человек в странах с низким и средним уровнем доходов более половины расходов на медицинскую помощь оплачивают из собственных средств. Это лишает многие семьи необходимой помощи, потому что они не в состоянии оплатить ее. Кроме того, более 100 миллионов человек в мире нищают каждый год из-за разорительных расходов на медицинское обслуживание<sup>2</sup>. Многочисленные данные свидетельствуют о том, что в тех странах, где в большей степени используется система внесения предварительной платы за медицинскую помощь и в меньшей – система наличной оплаты, гарантирована более надежная финансовая защита и реже встречаются катастрофические расходы. И наоборот, разорительные расходы гораздо чаще

**Рисунок 2.1** Размер катастрофических расходов, связанных с наличной оплатой медицинских услуг в месте их предоставления<sup>1</sup>



возникают там, где за медицинскую помощь приходится платить наличными в месте предоставления услуг (рис. 2.1).

Хотя равенство является одной из сильных сторон первичной медико-санитарной помощи, именно эта область отличается самыми неравномерными результатами, и при проведении более эффективных реформ дает наибольшую отдачу. Платная медицинская помощь – лишь одна из причин неравенства в уровне здоровья. Глубокое неравенство возможностей для охраны здоровья в сочетании с неравенством, присущим системе предоставления медицинских услуг, ведет к глубокому неравенству в состоянии здоровья<sup>3</sup>. Рост осведомленности об этих отсталых формах обслуживания является причиной растущего нетерпимого отношения ко всему спектру неоправданных и несправедливых различий в уровне здоровья, которых можно избежать<sup>4</sup>.

Сегодня гораздо более подробно документально подтверждены масштабы неравенства в уровне здоровья. Это является следствием социального расслоения и политического неравенства, что находится за пределами сферы влияния системы здравоохранения. Важное значение имеет уровень доходов и социальный статус, а также район проживания, условия труда и такие факторы, как поведение человека, расовая принадлежность и подверженность стрессам<sup>5</sup>. Неравенство в уровне здоровья также зависит от способов, посредством которых системы здравоохранения исключают людей из сферы своей ответственности, такие как неравенство в наличии медицинской помощи, доступе, качестве помощи и размере оплаты, и даже от того, как осуществляется клиническая практика<sup>6</sup>. Предоставленные самим себе, системы здравоохранения не способны обеспечить достижение большего равенства. Для большинства учреждений здравоохранения, в частности больниц, а также медицинских учреждений первого уровня характерно неравенство в предоставлении услуг, причем более широкий спектр высококачественных услуг оказывается состоятельным, а не малоимущим пациентам, которые в большей степени нуждаются в них<sup>7, 8, 9, 10</sup>. Различия в степени уязвимости и незащищенности в сочетании с неравенством в доступе к медицинской помощи ведут к неравенству в состоянии здоровья; последний фактор способствует дальнейшему социальному расслоению, которое является основной причиной неравенства. Люди редко остаются безразличными к этому замкнутому кругу неравенства, доводя свои проблемы до сведения политиков, а также руководителей системы здравоохранения.



Необходим широкий ряд мер для решения социальных проблем, определяющих уровень здоровья, и повышения эффективности систем здравоохранения для обеспечения большего равенства в уровне здоровья<sup>11</sup>. Эти меры выходят далеко за рамки традиционной сферы мер политики в области медицинского обслуживания, стремясь заручиться поддержкой заинтересованных сторон и партнеров за пределами сектора здравоохранения<sup>12</sup>. Они включают<sup>13</sup>:

- уменьшение социального расслоения, например, путем сокращения неравенства в уровне доходов с помощью налогов и субсидирования государственных услуг, обеспечения надлежащей заработной платы, использования стратегий роста, требующих увеличения масштабов занятости, обеспечения равных возможностей для женщин и предоставления бесплатного образования и т. п.
- уменьшение степени уязвимости, например, путем предоставления социального обеспечения безработным или инвалидам, создания социальных сетей на уровне общины, проведения политики социальной интеграции и мер по защите работающих или учащих матерей, предоставления денежных пособий или трансфертов, обеспечения бесплатных полезных для здоровья обедов в школах, и т. п.
- защиту, особенно неблагополучных групп населения, от воздействий, угрожающих их здоровью, например, путем введения требований к безопасности физической и социальной среды, обеспечения безопасной водой и канализацией, пропаганды здорового образа жизни, проведения политики обеспечения здоровыми жилищными условиями и т. п.
- смягчение последствий неравенства в состоянии здоровья, которые приводят к дальнейшему социальному расслоению, например, предоставляя защиту больным людям от несправедливого увольнения с работы.

Необходимость проведения таких широких мер может озадачить некоторых руководителей органов здравоохранения, которые, возможно, считают, что неравенство в уровне здоровья – это социальная проблема, на которую они не в состоянии серьезно повлиять. Тем не менее они несут ответственность за решение проблемы неравенства в уровне здоровья. Политические решения, которые они принимают в отношении сектора здравоохранения, определяют ту степень, в которой системы здравоохранения усугубляют или смягчают неравенство в уровне здоровья и их возможности мобилизовать правительство

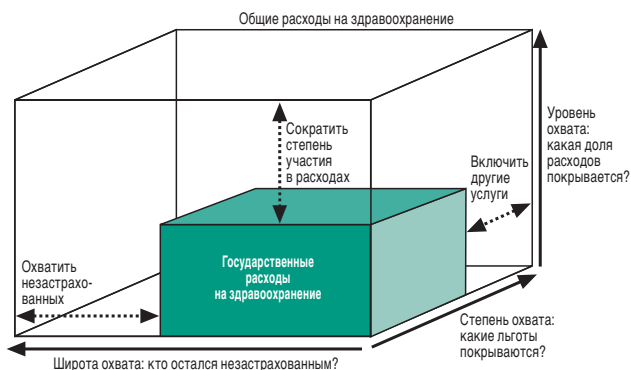
и гражданское общество на выполнение задачи достижения равенства. От этих решений также во многом зависит реакция общества на стремление граждан к достижению большего равенства и солидарности. Таким образом, вопрос заключается не в том, могут ли руководители органов здравоохранения проводить стратегию, содействующую достижению большего равенства в предоставлении медицинских услуг, а в том, как ее проводить более эффективно.

## Меры по достижению всеобщего охвата

Основным шагом, который может предпринять страна для обеспечения равенства в уровне здоровья, является движение в направлении достижения всеобщего охвата: всеобщего доступа к полному спектру индивидуальных и неиндивидуальных медицинских услуг, в которых нуждаются люди, при условии обеспечения социальных мер охраны здоровья. Независимо от того, основаны механизмы обеспечения всеобщего охвата на налогообложении или они действуют посредством системы социального медицинского страхования либо опираются на то и другое, принципы остаются одинаковыми: создание общего фонда предварительно оплаченных взносов, собираемых на основе принципа платежеспособности, и использование этих средств для обеспечения доступной и качественной помощи для всех, кто нуждается в ней, не подвергая их риску разорительных расходов<sup>14, 15, 16</sup>. Одного только всеобщего охвата недостаточно для того, чтобы обеспечить медицинскую помощь для всех и равенство в уровне здоровья – неравенство в секторе здравоохранения сохраняется как в странах, где всеобщий охват достигнут, так и в странах, где он почти достигнут, – однако он создает необходимую основу<sup>9</sup>.

Хотя всеобщий охват является основой для достижения равенства в уровне здоровья, трудно достичь консенсуса в обществе по этому вопросу. В самом деле, в странах, где всеобщий охват уже достигнут или рассматривается в качестве политической цели, эта идея поначалу нередко встречала сильное противодействие, например, со стороны ассоциаций медицинских работников, обеспокоенных влиянием государственных программ медицинского страхования на их доходы и условия труда, или финансовых экспертов, полных решимости ограничить государственные расходы. Как и в случае с другими правами, которые сегодня воспринимаются как нечто само собой разумеющееся почти во всех странах с высоким уровнем доходов, достижение всеобщего

Рисунок 2.2 Три способа достижения всеобщего охвата<sup>17</sup>



охвата медицинскими услугами – это результат борьбы и завоевание общественных движений, а не добровольный дар политических лидеров. Сегодня существует широкий консенсус по вопросу о том, что обеспечение такого охвата – это всего-навсего часть основных обязательств любого законного правительства, которые оно должно выполнить по отношению к своим гражданам. По сути это политическое достижение, которое способствует модернизации общества.

Промышленно развитые страны, в частности в Европе, начали вводить в действие социальные программы охраны здоровья в конце XIX века и приступили к осуществлению мер по обеспечению

нию универсализма во второй половине XX века. Сегодня для стран с низким и средним уровнем доходов существует возможность внедрения аналогичных подходов. Коста-Рика, Республика Корея, Мексика, Таиланд и Турция относятся к странам, которые уже ввели в действие обширные программы достижения всеобщего охвата, причем гораздо более быстрыми темпами, чем промышленно развитые страны в прошлом. Другие страны тщательно рассматривают возможность осуществления аналогичных подходов<sup>14</sup>. С технической точки зрения к цели достижения всеобщего охвата можно идти тремя путями (рис. 2.2).

*Широта охвата* – доля населения, которая пользуется социальными программами охраны здоровья – должна увеличиваться постепенно, с тем чтобы охватить незастрахованных лиц, то есть группы населения, которые не имеют доступа к услугам и/или социальной защиты против финансовых последствий обращения за медицинской помощью. Увеличение широты охвата – это сложный процесс постепенного развития и слияния моделей охвата (вставка 2.1). В ходе этого процесса необходимо принять меры для создания системы социальной поддержки для беднейших и наиболее уязвимых групп населения, пока они также не будут охвачены медицинской помощью. Для охвата всего на-

### Вставка 2.1 Передовой опыт достижения всеобщего охвата

**С самого начала делать акцент на предоплату.** Могут пройти многие годы, прежде чем всем будет обеспечен доступ к медицинскому обслуживанию и финансовая защита в случае связанных с ним расходов: Японии и Соединенному Королевству потребовалось 36 лет<sup>14</sup>. Этот путь может показаться безнадежно длинным, особенно для беднейших стран, где сети медицинских учреждений развиты слабо, системы финансовой защиты находятся в зачаточном состоянии, а сектор здравоохранения полностью зависит от внешнего финансирования. Однако прежде всего в этих странах крайне важно на как можно более ранней стадии принять меры к созданию систем предварительной оплаты и не поддаваться соблазну делать ставку на взимание платы за пользование услугами. Создание и поддержание надлежащих механизмов предоплаты укрепляет институциональный потенциал управления финансированием системы, а также расширяет масштабы предоставления услуг, дефицит которых обычно существует в подобных ситуациях.

**Координация источников финансирования.** Для того, чтобы обеспечить всеобщий охват, необходимо рассмотреть все источники финансирования в стране: государственные, частные, внешние и внутренние. В странах с низким уровнем доходов особенно важно обеспечить, чтобы международные финансовые средства направлялись через зарождающиеся системы и учреждения предварительной оплаты и общие фонды, а не через механизмы финансирования проектов или программ. Распределение финансовых средств подобным образом преследует две цели. Это делает более стабильной и предсказуемой внешнюю финансовую помощь и помогает укрепить институциональный потенциал путем сбалансированного усовершенствования и расширения сферы доступа к ним и системы финансовой защиты.

**Объединение систем в целях достижения полного охвата.** Многие страны с ограниченными ресурсами и недостаточным административным потенциалом экспериментируют с многочисленными системами добровольного страхования: общинными, кооперативными, с участием работодателей и другими частными фондами, используя их для содействия развитию систем предоплаты и создания общих фондов с целью подготовки к переходу к более всеобъемлющим национальным системам<sup>18</sup>. Подобные системы не заменяют собой систему всеобщего охвата, хотя они могут стать структурными элементами универсальной системы<sup>18</sup>. Достижение всеобщего охвата подразумевает координацию или постепенное объединение таких систем в единое целое для обеспечения охвата всех групп населения<sup>15</sup> и взаимодействия с более широкими программами социальной защиты<sup>19</sup>.



## Вставка 2.2 Определение “основного пакета услуг”: что необходимо сделать для воплощения теории на практике?

В последние годы многие страны с низким и средним уровнем доходов (55 из выборки 69 стран, по которым был проведен обзор в 2007 году) научились определять пакет льгот, который, по их мнению, должен быть доступен всем их гражданам. Это одна из основных стратегий повышения эффективности систем здравоохранения и справедливого распределения ресурсов. Она предусматривает ясное определение приоритетов, норм предоставления помощи и компромисса между ассортиментом и степенью охвата.

В целом, попытки усовершенствовать предоставление услуг путем определения их объема были не слишком успешными<sup>24</sup>. В большинстве случаев сфера их действия ограничивается охраной здоровья матери и ребенка, а также медицинскими проблемами, которые относятся к числу глобальных приоритетов задач в области здравоохранения. Отсутствие внимания, например, к хроническим и неинфекционным заболеваниям подтверждает недооценку демографических и эпидемиологических изменений и недостаточное внимание к существующим потребностям и нуждам. При определении пакета услуг редко даются рекомендации о распределении задач и обязанностей или об основных принципах первичной медицинской помощи, таких как широкий охват, непрерывность или ориентация на индивидуальный подход.

Для придания определению пакету услуг большей актуальности необходим более усовершенствованный подход. Продемонстрированный Чили метод составления детальной спецификации прав граждан на здоровье<sup>25</sup> дает представление о ряде принципов надлежащей практики.

- При определении пакета нельзя ограничиваться рядом заранее установленных приоритетов: необходимо учитывать спрос, а также полный объем потребностей в медицинской помощи.
- Необходимо точно определить, какая помощь должна предоставляться на первичном и вторичном уровнях.
- Должна указываться смета на предоставление пакета услуг, с тем чтобы лица, ответственные за принятие политических решений, знали, какие виды услуг не войдут в него, если по-прежнему система здравоохранения будет финансироваться в недостаточном объеме.
- Необходимо создать институциональные механизмы проведения документального обоснования пакета услуг.
- Люди должны информироваться об услугах, предоставления которых они могут требовать, а также о механизмах разрешения споров, когда им отказывают в удовлетворении их требований. В Чили было сделано все возможное для обеспечения того, чтобы пакеты услуг отвечали ожиданиям населения, а также для осуществления исследований, обследований и внедрения систем, предназначенных для сбора данных о жалобах и сомнениях пользователей услуг<sup>26</sup>.

селения могут потребоваться годы, но, как свидетельствует недавний опыт ряда стран со средним уровнем доходов, данный процесс может идти значительно быстрее, чем это было в промышленно развитых странах на протяжении XX века.

Между тем важно также увеличить *степень охвата*, расширив ассортимент основных услуг, необходимых для эффективного удовлетворения потребностей людей в медицинской помощи, с учетом существующего спроса и ожидания, а также объема ресурсов, который общество готово и способно выделить на здравоохранение. Определение соответствующего “основного пакета” услуг может сыграть здесь ключевую роль при условии обеспечения надлежащего хода процесса (вставка 2.2).

Значение третьего аспекта, *уровня охвата*, то есть доли расходов на здравоохранение, покрываемой с помощью механизмов объединения средств в общий фонд и предварительной оплаты, также должно возрасти, снижая зависимость от системы осуществления наличных платежей в

месте предоставления услуг. В 1980-х и 1990-х годах многие страны вводили плату за пользование услугами в попытке привлечь новые финансовые ресурсы в слабые службы, нередко в контексте самоустранения государства и сокращения государственных ресурсов на здравоохранение. Большинство из них предприняли эти меры, не задумываясь о масштабах ущерба, который они причиняют своими действиями. Во многих случаях это привело к резкому сокращению пользования услугами, особенно среди уязвимых групп населения<sup>20</sup>, тогда как частота случаев катастрофических расходов увеличилась. С тех пор некоторые страны пересмотрели свою позицию по этому вопросу и начали постепенно отменять систему взимания платы за пользование услугами, восполняя утраченный доход за счет финансовых средств из общих фондов (правительственные субсидии или контракты, программы страхования или предварительной оплаты)<sup>21</sup>. Это привело к существенному увеличению пользования услугами, особенно малообеспеченными пациентами<sup>20</sup>. Например, в

**Рисунок 2.3** Воздействие упразднения платы за пользование услугами на число обращений в поликлиники в районе Кисоро, Уганда: обслуживание амбулаторных больных, 1998–2002 годы<sup>23</sup>



Уганде резко выросло пользование услугами, и этот уровень сохранялся и после упразднения платы за пользование услугами (рис. 2.3)<sup>22, 23</sup>.

Введение предварительной оплаты и практики создания общих фондов на организационно-правовом уровне устанавливает солидарность между богатыми и менее состоятельными гражданами, а также между здоровыми и больными. Это устраняет барьеры для пользования услугами и снижает риск того, что людям придется нести катастрофические расходы, когда они заболели. Наконец, эти механизмы предоставляют средства для реинвестирования в обеспечение доступности, объема и качества услуг.

### Задачи достижения всеобщего охвата

При проведении всех реформ, направленных на обеспечение всеобщего охвата, необходимо найти компромисс между темпами расширения охвата и широтой, уровнем и степенью охвата. Однако то, как страны разрабатывают свои стратегии и определяют направленность своих реформ, в значительной степени зависит от конкретных национальных условий.

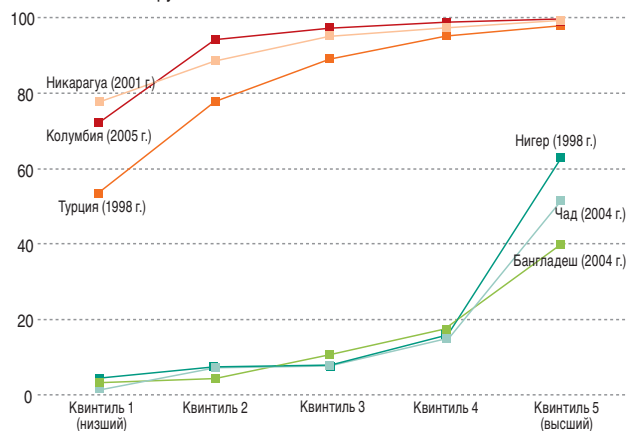
В некоторых странах огромная часть населения живет в крайне неблагополучных районах, где отсутствует или едва функционирует инфраструктура здравоохранения. Именно эти страны с массовой социальной изоляцией населения, как правило, приходят на ум, когда речь заходит о “расширении масштабов”: бедные и отдаленные сельские районы, где до сих пор не развернуты сети по оказанию медицинской помощи или где после многолетнего игнорирования проблем инфраструктура здравоохранения по-прежнему фактически отсутствует. Подобные примеры встречаются в странах с низким уровнем доходов, таких как Чад, Бангладеш и Нигер (рис. 2.4) и распространены в зонах конфликтов и посткон-

фликтных районах, откуда произошел отток медицинских кадров, где инфраструктура разрушена и должна восстанавливаться с нуля.

В других частях мира стоит задача поддержания здоровья населения, разбросанного на обширной территории, например в малых островных государствах, отдаленных пустынных или горных районах и среди кочевых и некоторых коренных народов. Для обеспечения доступа к качественной помощи в этих условиях необходимо решить проблемы нерентабельности инфраструктуры в условиях малочисленного разбросанного населения; ограниченности материально-технического обеспечения в случае направления пациента к врачу-специалисту; преодолеть трудности, связанные с плохо развитой инфраструктурой и системой связи; а в некоторых случаях с более конкретными техническими сложностями, такими как ведение медицинских карт пациентов, принадлежащих к кочевым народам.

Еще одна проблема связана с расширением охвата в условиях, где неравенство в уровне здоровья является результатом не отсутствия инфраструктуры здравоохранения, а следствием организации, регулирования и прежде всего оплаты медицинской помощи – за счет государственных расходов или путем взимания незаконной платы с пациентов. Именно в этих ситуациях недоиспользование имеющихся услуг касается в основном малоимущих групп населения, при этом пользователи подвергаются риску катастрофических расходов. Подобные формы лишения доступа к медицинской помощи встречаются в таких странах, как Колумбия, Никарагуа и Турция (рис. 2.4). Они особенно бросаются в глаза во

**Рисунок 2.4** Различные формы социальной изоляции: массовая депривация в одних странах, маргинализация бедных слоев населения – в других. Доля родов, принятых квалифицированным медицинским персоналом, в разбивке по группам доходов<sup>27</sup>







многих городских районах стран с низким и средним уровнем доходов, где самые разные нерегулируемые коммерческие медицинские учреждения взимают с пациентов непомерно высокую плату за предоставление не отвечающих требованиям услуг.

Ниже рассматриваются возможные пути решения проблем, описанных в данном разделе.

### Развитие сетей по оказанию первичной медицинской помощи в случае их отсутствия

В районах, где большие группы населения не имеют доступа к медицинским услугам или где такие услуги не отвечают требованиям или не везде предоставляются, необходимо создавать заново или восстанавливать, нередко с нуля, базовую инфраструктуру медицинской помощи. Эти районы всегда испытывают острый дефицит ресурсов и нередко страдают от вооруженных конфликтов или сложных чрезвычайных ситуаций, в то время как масштабы дефицита услуг, в том числе в других секторах, порождают трудности в материально-техническом обеспечении и проблемы в использовании профессиональных медицинских работников. Организаторы системы здравоохранения в этих условиях сталкиваются с основной стратегической дилеммой: уделять первоочередное внимание массовому осуществлению ограниченного комплекса мер по охране здоровья всего населения или постепенно внедрять более всеобъемлющие системы первичной медицинской помощи поочередно в каждом районе.

Некоторые, отстаивая идею оперативности и равенства, будут поддерживать подход, при котором для охвата всех жителей бедных районов одновременно осуществляется ограниченное число первоочередных программ. Это позволяет поручить выполнение этой задачи малоквалифицированному персоналу, непрофессиональным работникам и добровольцам и, как следствие, обеспечит быстрое расширение охвата. Данный подход по-прежнему нередко занимает центральное место в рекомендациях мирового сообщества, предназначенных для сельских районов беднейших стран<sup>28</sup>, и довольно много стран в течение последних 30 лет отдавали предпочтение именно ему. В Эфиопии, например, в настоящее время работает на местах 30 тысяч медицинских работников-консультантов, которые должны предоставить огромному числу людей ограниченный пакет первоочередных профилактических мер. Низкая квалификация нередко признается ограничительным фактором<sup>29</sup>, но медицинские работники-консультанты Эфиопии

уже перестали быть малоквалифицированными, какими они были когда-то, и в настоящее время после 10 класса проходят годичную подготовку. Тем не менее недостаток опыта и квалификации заставляют уделять основное внимание ограниченному числу эффективных, но простых мер вмешательства.

Широкомасштабное осуществление ограниченного числа мер имеет преимущество быстрого охвата всего населения и сосредоточения ресурсов на экономически эффективных мерах. Этот подход имеет и оборотную сторону: когда люди имеют проблемы со здоровьем, они хотят решить их, независимо от того, относятся ли они к числу первоочередных задач, решаемых в рамках предлагаемых программ. Пренебрежение этим аспектом спроса слишком часто открывает двери для разного рода “распространителей лекарств”, платных инъекционистов и других категорий поставщиков услуг, которые наживаются, используя коммерческие возможности неудовлетворенного спроса на медицинскую помощь. Они предлагают пациентам заманчивую альтернативу, которая, однако, нередко бывает эксплуататорской и опасной. По сравнению с ситуацией полного бездействия в сфере охраны здоровья расширение масштабов пусть даже весьма ограниченного комплекса мер имеет бесспорное преимущество, и возможность использования малоквалифицированного персонала делает этот подход привлекательным. Однако его совершенствование нередко оказывается более трудным делом, чем первоначально предполагалось<sup>30</sup>, а между тем теряется бесценное время, ресурсы и доверие, которые могли бы быть инвестированы в более амбициозную, но вместе с тем более устойчивую и эффективную инфраструктуру первичной медико-санитарной помощи.

Альтернативой является постепенное, район за районом, развитие системы первичной медицинской помощи, сети медицинских центров при обеспечении необходимой госпитальной поддержки. Очевидно, что подобная мера реагирования предусматривает осуществление первоочередных мероприятий по охране здоровья, интегрированных, однако, во всеобъемлющий комплекс мер по оказанию первичной медицинской помощи. Основой для такого развития должны стать центры первичной медико-санитарной помощи, которые представляют собой специализированную инфраструктуру, обеспечивающую взаимодействие с общиной, обладающую возможностями для разрешения соответствующих проблем и осуществления универсального подхода наращивания масштабов деятельности. Ярким примером

этой модели является постепенное внедрение Исламской Республикой Иран охвата сельских районов. Как сказал один из создателей стратегии в области развития первичной медико-санитарной помощи в этой стране, “в связи с тем, что было невозможно начать осуществление проекта во всех провинциях одновременно, мы приняли решение каждый год сосредотачивать свои усилия на одной провинции” (вставка 2.3).

Факторами, сдерживающими постепенное развертывание сетей учреждений первичной медико-санитарной помощи, является отсутствие постоянного штата среднего медицинского персонала, обладающего лидерскими качествами для организации участков медицинского обслуживания и способного в течение ряда лет прилагать постоянные усилия, необходимые для получения устойчивых результатов мероприятий по охране здоровья населения в целом. Там, где такое развертывание системы первичной медицинской помощи проводилось как административное мероприятие, оно привело к разочарованию: многие участки медицинского обслуживания существуют лишь формально. Но там, где удалось преодолеть нетерпение и стремление в ближайшее же время получить видимые результаты благодаря сочетанию мер реагирования, направленных на удовлетворение потребностей и спроса, участия населения и основных партнеров, были организованы эффективные сети первичной медико-санитарной помощи, даже в очень трудных условиях вооруженного конфликта и постконфликтных ситуациях, когда наблюдается дефицит ресурсов (вставка 2.4).

На практике разница между оперативным осуществлением первоочередных мер вмешательства и постепенным развертыванием сетей первичной медико-санитарной помощи зачастую не так очевидна, как это описано выше. Однако, несмотря на имеющееся сходство, попытка уравновесить оперативность и устойчивость представляет собой сложную политическую задачу<sup>30</sup>. Пример Мали, в частности, свидетельствует о том, что население, имея возможность выбора, отдает предпочтение постепенному развитию системы первичной медико-санитарной помощи, в которой основой функциональных участков медицинского обслуживания служат местные центры здравоохранения, для которых местная община приобретает оборудование, содержит инфраструктуру и нанимает персонал.

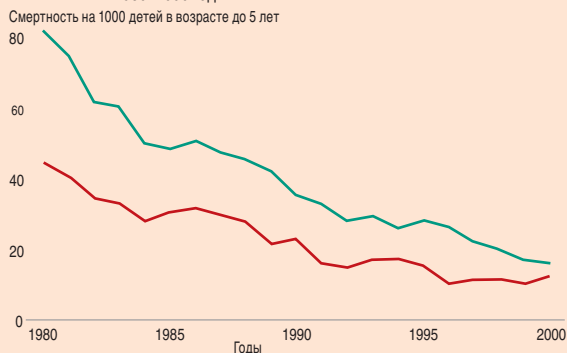
Принципиально важно, чтобы забота о равенстве в предоставлении медицинской помощи не привела к торжеству подхода “наименьшего общего знаменателя”, то есть равного для

### Вставка 2.3 Ликвидация разрыва между городом и деревней посредством постоянного расширения охвата первичной медико-санитарной помощью населения сельских районов Исламской Республики Иран<sup>31</sup>

В 1970-х годах политика правительства Ирана была направлена главным образом на профилактику в качестве направления долгосрочных инвестиций, на выделение ресурсов сельским и самым неблагополучным районам и на обеспечение приоритета амбулаторной, а не больничной помощи. Была создана сеть районных бригад, которые должны были руководить и осуществлять надзор за деятельностью почти 2500 сельских центров здравоохранения, созданных на уровне деревни. Штат этих центров укомплектован бригадой, в состав которой входит врач общего профиля, акушерка, медсестра и несколько медицинских работников младшего или среднего звена. Каждый из сельских центров здравоохранения контролирует работу 1–5 небольших пунктов медицинской помощи, известных как “дома здоровья”. Благодаря созданию 17 тысяч таких домов здоровья более 90% сельского населения страны имеет доступ к медико-санитарной помощи. В отдаленных сельских районах в этих домах работают *Behvarz* [медицинские работники широкого профиля], которые отбираются общиной, проходят курс профессиональной подготовки продолжительностью от 12 до 18 месяцев, после чего их нанимает на работу правительство. Районные бригады учат их методам, основанным на решении проблем, а также осуществляют непрерывный контроль и оказывают им поддержку.

Правительство применяло эту стратегию поступательно, расширяя охват в провинциях поочередно. С годами сеть пунктов первичной медико-санитарной помощи расширилась, и сегодня она способна предоставлять услуги более 24 миллионам человек в сельских поселениях и малых городах, приблизив пункты медицинской помощи к местам проживания и работы людей, а также организовав подготовку необходимого вспомогательного медицинского персонала по вопросам планирования семьи, профилактики заболеваний и оказания основной медицинской помощи в отношении большинства проблем со здоровьем. Сегодня в сельских районах коэффициент пользования медицинскими услугами такой же, как в городских районах. Поступательное развитие этой системы помогает сократить разрыв в детской смертности между городом и деревней (рис. 2.5).

**Рисунок 2.5** Коэффициенты смертности детей в возрасте до пяти лет в сельских и городских районах, Исламская Республика Иран, 1980–2000 годы<sup>32</sup>





## Вставка 2.4 Надежность систем здравоохранения, основанных на принципах ПМСП: 20 лет улучшения показателей эффективности в Рутштуру, Демократическая Республика Конго

Рутштуру – это врачебный участок на востоке страны. На участке имеется сеть медицинских пунктов, лечебно-диагностический центр и районная управленческая группа, которая на протяжении ряда лет через местные комитеты работала над расширением участия общины. Местность Рутштуру за несколько лет пережила ряд тяжелых кризисов, ставших проверкой надежности для районной системы здравоохранения.

Последние 30 лет экономика страны переживала резкий спад. Показатель ВВП упал с 300 долл. США на душу населения в 1980-х годах до уровня менее 100 долл. США в конце 1990-х годов. Массовое обнищание населения усугубилось тем, что государство ушло из сектора здравоохранения. Ситуация осложнилась еще и тем, что в начале 1990-х годов было прекращено оказание иностранной помощи на цели развития. В этом контексте в Рутштуру разразился конфликт на межнациональной почве, начался массовый наплыв беженцев, а также одна за другой прокатились волны двух войн. Вся эта череда бедствий самым негативным образом отразилась на условиях труда медицинских работников и на доступе к медицинским услугам для 200 тысяч человек, живущих в данном районе.

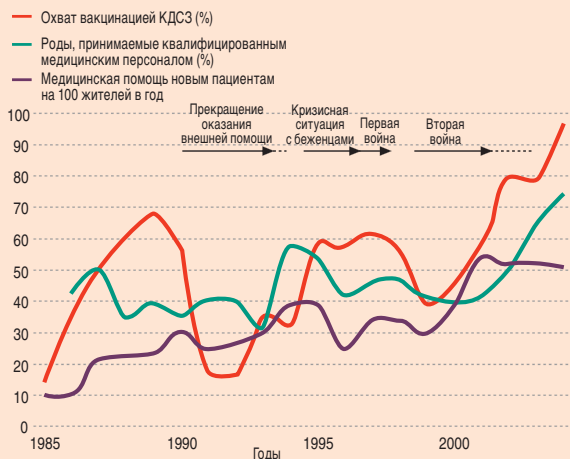
Несмотря на это, службы первичной медико-санитарной помощи не развалились, а с годами только расширялись. Выросло число центров здравоохранения и их результативность (рис. 2.6), а также улучшилось качество медицинской помощи, предоставляемой в экстренных случаях (процент смертности в результате кесарева сечения снизился с 7% до менее чем 3%) и оказываемой хроническим больным (по меньшей мере 60% лиц, больных туберкулезом, прошли успешное лечение). В самый разгар войны и хаоса эти центры здравоохранения и районная больница, имея в штате одновременно не более 70 медсестер и трех врачей, за 20 лет приняли меры в связи с более чем 1 500 тысяч случаев болезни,

иммунизировали более 100 тысяч детей в возрасте до года, оказали акушерскую помощь 70 тысячам женщин и провели 8 тысяч хирургических операций. Это свидетельствует о том, что даже в катастрофических ситуациях надежная районная система здравоохранения может улучшить результаты своей деятельности по охране здоровья.

Эти результаты были достигнуты с помощью самых скромных средств. Размер наличных платежей достигал 0,5 долл. США на человека в год. Неправительственные организации предоставляли району субсидии из расчета в среднем 1,5 долл. США на человека в год. Правительство в течение этих 20 лет фактически не выделило ни цента. То, что работа продолжалась даже в экстремально трудных условиях, стало возможным благодаря согласованности в работе и коллективному принятию решений, неослабными усилиями по созданию и сохранению критической массы преданных своему делу специалистов, а также ограниченной, но стабильной помощи неправительственных организаций, которая обеспечивала минимум ресурсов для медицинских учреждений и давала районному руководству возможность для поддержания контактов с внешним миром.

Из этого опыта можно извлечь три урока. В долгосрочной перспективе участки медицинского обслуживания, организованные на принципах первичной медико-санитарной помощи, представляют

**Рисунок 2.6** Улучшение результатов мероприятий по охране здоровья в разгар бедствий: Рутштуру, Демократическая Республика Конго, 1985–2004 годы<sup>33</sup>



с собой организационную модель, обладающую способностью противостоять крайне неблагоприятным условиям. Предоставление таким участкам минимальной финансовой помощи и поддержание там минимального уровня управления может дать весьма значительные результаты, одновременно расширяя права и возможности и сохраняя национальные медицинские кадры. Местные службы здравоохранения обладают значительным потенциалом, который позволяет справиться с кризисами<sup>33</sup>.

всех доступа к комплексу в целом неудовлетворительных услуг. Вопросы качества и устойчивости приобретают все большую актуальность, особенно в связи с тем, что сегодня деятельность множества разнообразных и динамично развивающихся государственных, некоммерческих и коммерческих частных медицинских учреждений всех мастей крайне нуждается в

упорядочении. Последовательное развитие медицинских услуг позволяет добиться надлежащей согласованности в руководстве предоставлением медико-санитарной помощи на районном уровне. Типичными масштабными примерами этого подхода в развивающихся странах является выдача подряда на предоставление медицинских услуг на уровне района в Камбодже или создание мис-

сионерских “назначенных районных больниц” в Восточной Африке. Вместе с тем никуда не уйти от необходимости стабильно вкладывать значительные средства в расширение и поддержание участков медицинского обслуживания в долгосрочной перспективе, а также от того факта, что эта задача представляет собой серьезную проблему в условиях медленного экономического роста и стагнации в уровне расходов на здравоохранение.

Расширение сетей медицинских учреждений для охвата районов, не обеспеченных в достаточной степени медицинскими услугами, зависит от государственной инициативы и стимулов. Ускорить расширение охвата можно, в частности, путем корректировки формулы распределения бюджетных ассигнований (или условий контракта) для отражения дополнительных усилий, необходимых для обеспечения охвата труднодоступных групп населения. Ряд стран предпринял шаги в этом направлении. В январе 2004 года, например, Объединенная Республика Танзания приняла пересмотренную формулу распределения совокупных финансовых средств по районам, которая включает численность населения и смертность детей в возрасте до пяти лет в качестве косвенного показателя бремени болезни и уровня бедности с поправкой на дополнительные издержки, связанные с предоставлением медицинских услуг в сельских и малонаселенных районах. Аналогичным образом, ассигнования, выделяемые районам из угандийского бюджета первичной медико-санитарной помощи, учитываются в индексе человеческого развития и в уровнях внешнего финансирования здравоохранения района, в дополнение к численности населения. Дополнительные средства выплачиваются районам, где ситуация угрожает безопасности населения или отсутствует районная больница<sup>20</sup>. В Чили бюджетные ассигнования распределяются из расчета на душу населения, но в рамках реформы первичной медико-санитарной помощи они были скорректированы с поправкой на муниципальные индексы человеческого развития и показатель, отражающий степень изолированности недостаточно обслуживаемых районов.

### Преодоление изоляции рассредоточенно проживающих групп населения

Обеспечение доступа к услугам для рассредоточенно проживающих групп населения нередко представляет собой трудную логистическую задачу, однако некоторые страны решили ее, разработав креативные подходы. Важнейшим шагом вперед стало, бесспорно, создание механизмов

обмена новаторским опытом и результатами, например, в рамках осуществления инициативы “Здоровые острова”, выдвинутой на совещании министров и руководителей здравоохранения, состоявшемся на острове Янука, Острова Фиджи, в 1995 году<sup>34</sup>. Эта инициатива объединяет усилия лиц, определяющих политику в области здравоохранения, и практикующих специалистов, направляя их на решение проблем здоровья и благополучия жителей островов в рамках четкого многосекторального подхода, с уделением особого внимания расширению охвата медико-санитарными услугами и помощью, при одновременном укреплении поддерживающих стратегий и межсекторальных действий в отношении показателей здоровья и равенства в уровне здоровья.

Благодаря инициативе “Здоровые острова” и накопленному при ее осуществлении опыту был выявлен ряд принципов, необходимых для достижения всеобщего охвата в этих условиях. Первый касается сотрудничества в организации инфраструктуры, которое позволяет добиться максимальных показателей эффективности. Отдельно взятая община может не иметь финансовых возможностей, чтобы обеспечить основные производственные ресурсы для расширения охвата, которые включают инфраструктуру, технологии и людские ресурсы (особенно подготовку персонала). Однако при объединении общинами своих усилий они могут обеспечить исходные затраты на эти цели по вполне приемлемым ценам<sup>35</sup>. Второе стратегическое направление касается прежде всего “мобильных ресурсов”, то есть таких ресурсов, которые могут эффективно и без особых затрат преодолевать расстояния и географические препятствия. В зависимости от ситуации, это стратегическое направление может включать транспорт, радиосвязь и другие информационные и коммуникационные технологии. Благодаря телекоммуникационным средствам менее квалифицированный персонал медицинских центров может получать в реальном времени рекомендации и инструкции экспертов, находящихся на значительном расстоянии<sup>36</sup>. Наконец, финансирование оказания медицинской помощи рассредоточенным группам населения сопряжено с определенными трудностями, и это нередко требует несколько больших расходов на душу населения по сравнению с обслуживанием более компактно проживающего населения. Предполагается, что в странах, где имеются территории с высокой и низкой плотностью населения, рассредоточенно проживающие группы населения будут получать ту или иную субсидию на оплату медицинских услуг. В конечном счете равенство невозможно обеспечить без солидарности.



### Создание альтернатив нерегулируемым коммерческим услугам

В городах и пригородах медицинские услуги находятся в пределах физической досягаемости малоимущих и других уязвимых групп населения. Наличие здесь множества поставщиков медицинских услуг не означает, однако, что эти группы защищены от болезней или что они могут получить качественную помощь, когда она им нужна: более привилегированные слои населения, как правило, имеют более широкий доступ к самым качественным услугам, государственным и частным, легко выходя победителями в фактической конкуренции за дефицитные ресурсы. В городских и все чаще в сельских районах многих стран с низкими и средними доходами – от Индии и Вьетнама до стран Африки к югу от Сахары – значительную часть медицинской помощи малоимущим предоставляют небольшие, преимущественно нерегулируемые и нередко не имеющие лицензий поставщики услуг, как коммерческие, так и некоммерческие. Нередко они работают бок о бок с недееспособными государственными медицинскими учреждениями и захватывают все большую долю рынка услуг здравоохранения, полностью игнорируя при этом вопросы охраны здоровья и профилактики. В этих обстоятельствах их корыстные интересы, как это ни парадоксально, делают достижение всеобщего охвата более трудной задачей, чем в районах, где сеть учреждений по предоставлению медицинской помощи необходимо создавать с нуля.

В таких условиях часто можно наблюдать сочетание проблем финансовой эксплуатации, плохого качества и небезопасной помощи, а также лишения доступа к необходимым услугам<sup>37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46</sup>. По оценке Панамериканской организации здравоохранения (ПАОЗ), 47% населения Латинской Америки лишены доступа к необходимым услугам<sup>47</sup>. Это может объясняться такими общими причинами, как бедность, этническая принадлежность или гендерный фактор либо тем, что ресурсы системы здравоохранения направляются не на те цели, которые нужны, либо отсутствием адекватных систем защиты населения от разорительных расходов или от финансовой эксплуатации со стороны недобросовестных или негибких поставщиков медицинских услуг. Эти причины могут касаться отношения людей – правильного или ошибочного – к медицинским службам, которое нередко включает отсутствие доверия, ожидание дурного обращения или дискриминации, неопределенность в отношении стоимости медицинской помощи или опасение, что стоимость услуг будет

недоступной или просто разорительной. Это также может объясняться тем, что услуги предоставляются несвоевременно, неэффективно, без учета потребностей населения или явно дискриминационным образом, когда более бедным пациентам предоставляется менее качественная помощь<sup>48, 49, 21</sup>. В итоге, состояние здоровья людей сильно различается в зависимости от принадлежности к той или иной социальной группе даже в условиях хорошо регулируемых и хорошо финансируемых систем здравоохранения.

Для того, чтобы ликвидировать эти формы изоляции в рамках сектора здравоохранения, начинать нужно с создания или укрепления сетей доступных качественных служб по оказанию первичной медико-санитарной помощи, финансирование которых осуществляется за счет общего фонда авансовых платежей или государственных ресурсов. Осуществляется ли расширение этих сетей путем заключения договора с коммерческими или некоммерческими поставщиками медицинских услуг либо путем восстановления с трудом функционирующих государственных медицинских учреждений, важной роли не играет. Главное – обеспечить, чтобы они оказывали медицинскую помощь приемлемого стандарта. Создание достаточного количества пунктов первичной медико-санитарной помощи, которые бесплатно предоставляют базовый пакет услуг приемлемого качества, служит основной альтернативой эксплуататорской коммерческой медицинской помощи неудовлетворительного качества. Кроме того, давление со стороны конкурентов и потребительский спрос могут способствовать формированию среды, позволяющей осуществлять регулирование коммерческого сектора. Вероятно, одним из способов расширения предложения качественной помощи может стать более активное участие муниципальных органов власти в реализации схем по сбору авансовых платежей и созданию общих фондов, особенно в тех случаях, когда министерства здравоохранения, сталкиваясь с нехваткой бюджетных средств, должны будут обеспечить охват услугами сельских районов, обслуживаемых не в достаточной степени.

### Целенаправленные меры, дополняющие механизмы обеспечения всеобщего охвата

К сожалению, повысить средний уровень национального дохода, увеличить предложение со стороны медицинских учреждений и ускорить прогресс в достижении всеобщего охвата недо-

статочны для ликвидации неравенства в уровне здоровья. Социально обусловленные различия в уровне здоровья разных групп населения сохраняются даже в странах с высокими доходами, имеющих эффективные системы всеобщего медицинского и социального обслуживания населения, таких как Финляндия и Франция<sup>51, 50</sup>. Неравенство в уровне здоровья существует не просто между бедными и небедными, но на всех уровнях социально-экономической системы в целом. В некоторых случаях первостепенную важность приобретают другие формы социальной маргинализации, включая маргинализацию подростков, этнических групп, лиц, потребляющих наркотики, и лиц, имеющих заболевания, которые вызывают общественное осуждение<sup>51</sup>. В Австралии, Канаде и Новой Зеландии, в частности, вопрос о разрыве в уровне здоровья между коренным и некоренным населением приобрел актуальность национальной политической проблемы<sup>52, 53, 54</sup>. В других ситуациях внимания заслуживает проблема неравенства женщин в доступе к медицинской помощи<sup>55</sup>. В США, например, сокращение ожидаемой продолжительности жизни женщин на 5 лет более чем в 1000 округах указывает на различия в степени подверженности риску и группировании факторов риска для здоровья даже в условиях продолжающегося роста экономики страны и ее сектора экономики<sup>56</sup>. По ряду причин некоторые группы в этих обществах либо не охвачены либо недостаточно охвачены возможностями для охраны здоровья или получения услуг, поэтому показатели их здоровья, как правило, бывают хуже, чем аналогичные показатели более благополучных групп населения.

Таким образом, принцип всеобщего охвата необходимо внедрить в более широкие программы социальной защиты населения и дополнить его специально разработанными адресными формами охвата уязвимых и маргинализированных групп населения<sup>57</sup>. Действующие сети учреждений по оказанию медицинской помощи зачастую не прилагают все возможные усилия для обеспечения того, чтобы каждый человек в целевой группе населения имел доступ к полному объему необходимых медицинских услуг, поскольку для этого требуются дополнительные меры, такие как посещения на дому, разъяснительная работа, помощь в преодолении языковых и культурных барьеров, вечерние консультации и т. д. Тем не менее, это может смягчить последствия социального расслоения и неравенства в пользовании услугами<sup>58</sup>. Эти меры могут также дать возможность для разработки всеобъемлющих программ поддержки, направленных на содействие социальной интеграции исторически маргинализированных групп населения в сотрудничестве с другими государственными секторами и общинами, затронутыми этой проблемой. Одним из примеров является чилийская модель охвата семей, длительное время проживающих в бедности, под названием “Chile Solidario” (“Чилийская солидарность”) (вставка 2.5)<sup>59</sup>. Такие целенаправленные меры могут предусматривать предоставление людям субсидий на получение конкретных медицинских услуг (в отличие от субсидирования самих услуг). Например, ваучеры<sup>60, 61</sup> выдаются на охрану здоровья матери, как в Индии и Йемене, на приобретение противомоскитных сеток – в Объединенной Республике Танзании<sup>62, 63</sup>, на применение противозачаточных

### Вставка 2.5 Адресная социальная защита в Чили<sup>59</sup>

Созданная в соответствии с законом, чилийская программа социальной защиты (Chile Solidario) включает три основных направления улучшения условий для людей, живущих в крайней нищете: это прямая психосоциальная поддержка, финансовая поддержка и приоритетный доступ к социальным программам. Прямая психосоциальная поддержка предоставляется семьям, живущим в крайней нищете, которые выявляются в соответствии с заранее установленными критериями и которым предлагают заключить договор с назначенным социальным работником. Социальный работник оказывает им помощь в укреплении личного и семейного потенциала, что помогает им упрочить связи с социальными сетями и получить доступ к пособиям по социальному обеспечению, на которые они имеют право. В дополнение к психосоциальной поддержке существует также финансовая поддержка в виде денежных пособий и пенсий, а также субсидий на детей или на оплату водоснабжения и канализации. Наконец, программа социальной защиты также предоставляет преимущественный доступ к программам дошкольного образования, курсам ликвидации неграмотности среди взрослых, программам занятости и профилактических посещений врачом женщин и детей.

Программа социальной защиты дополняет многосекторальную программу, ориентированную на всех детей в возрасте 0–18 лет (Chile Crece Contigo [Чили растет вместе с тобой]). Ее цель – содействовать развитию детей в раннем возрасте с помощью программ дошкольного образования, профилактических медосмотров, продления отпуска по уходу за ребенком и увеличения размера детских пособий. Кроме того, она предусматривает улучшение доступа к педиатрическим услугам и реализацию права работающих матерей выхаживать своих детей, с тем чтобы стимулировать появление женщин на рынке труда.



средств подростками<sup>64</sup> или на обеспечение ухода за пожилыми людьми, не имеющими страховки, – в США<sup>65</sup>. Еще одна модель – обусловленные денежные переводы, получатель которых не только имеет возможность, но и обязан пользоваться услугами, – была введена в ряде стран Латинской Америки. Недавно проведенный систематический обзор шести таких программ свидетельствует о том, что обусловленные денежные переводы могут способствовать более широкому использованию профилактических услуг и улучшить показатели в области питания и данные антропометрии, что иногда говорит об улучшении состояния здоровья<sup>66</sup>. Однако их общее воздействие на состояние здоровья остается менее ясным, также как их сравнительное преимущество перед традиционными, необусловленными механизмами поддержания доходов, такими как всеобщее право на льготы, социальное страхование или – что менее эффективно – оказание социальной помощи лицам, имеющим доходы ниже черты бедности.

Целевые меры не могут подменить собой длительную упорную работу по достижению всеобщего охвата. Они могут быть полезным и необходимым дополнением, но без обеспечения одновременной институционализации финансовых моделей и системных структур, которые обеспечивают достижение всеобщего охвата, целевые подходы вряд ли сумеют ликвидировать неравенство, порожденное социально-экономическим расслоением и маргинализацией. Это тем более важно в связи с тем, что систематическая оценка методов, направленных на охват изолированных групп населения, проводится редко и ее результаты бывают сомнительными из-за ограниченного объема документированного опыта и склонности к представлению отчетности преимущественно об успешных экспериментальных проектах<sup>67</sup>. Если сегодня и можно сказать что-то определенное, так это то, что стратегий, направленных на охват лишенных доступа к помощи групп населения, должно быть много и они должны быть привязаны к конкретным условиям, и что никакая отдельно взятая адресная мера не может быть достаточной для эффективного устранения неравенства в уровне здоровья, и, конечно, это невозможно в отсутствии политики в области достижения всеобщего охвата.

### **Мобилизация сил для достижения равенства в уровне здоровья**

Системы здравоохранения в целом несправедливы. Высококачественные услуги, причем в большем объеме, как правило, получают обеспе-

ченные слои населения, которые нуждаются в них в меньшей степени, чем малообеспеченные и маргинализированные группы населения<sup>8</sup>. Реформы, направленные на расширение всеобщего охвата с целью достижения большего равенства и справедливости, требуют от высших политических кругов постоянного внимания. Существует два наиболее действенных способа активизации деятельности по достижению равенства в уровне здоровья и поддержанию ее темпа. Во-первых, необходимо уделять большее внимание проблеме неравенства в уровне здоровья в кампаниях по повышению информированности населения и в ходе политических дебатов: история прогресса в охране здоровья населения тесно связана с количественной оценкой неравенства в уровне здоровья. Именно данные о высокой смертности среди рабочего класса определили направленность реформ под названием «Великая санитарная революция», которые проводила Комиссия по Законам о бедных в Соединенном Королевстве в 1830-х годах<sup>68</sup>. Во-вторых, необходимо создать поле деятельности для участия гражданского общества в разработке реформ первичной медико-санитарной помощи, которые должны содействовать достижению равенства в уровне здоровья: история прогресса в достижении всеобщего охвата неразрывно связана с историей прогресса социальных движений.

### **Усиление внимания к проблеме неравенства в уровне здоровья**

В атмосфере экономического оптимизма 1960-х и 1970-х годов (и в связи с распространением социального страхования в промышленно развитых странах) проблема бедности перестала быть первоочередной для многих политиков. И только на Алма-Атинской конференции вопрос о равенстве был вновь включен в политическую повестку дня. Отсутствие систематического измерения и мониторинга, необходимых для преобразования этой повестки в конкретные задачи, долгое время было основным препятствием в осуществлении задачи по расширению первичной медико-санитарной помощи. В последние годы более глубоко изучается неравенство в уровне здоровья, обусловленное уровнем доходов, и другие формы неравенства. Введение составных имущественных индексов дало возможность вновь проанализировать данные демографических и медико-санитарных обследований с точки зрения равенства<sup>69</sup>. В результате этого появился большой объем документальных данных о социально-экономических различиях в показателях состояния здоровья и доступе к медицин-

ской помощи. Благодаря ускоренному введению количественной оценки уровня бедности и неравенства, в частности начиная с середины 1990-х годов, сначала проблема бедности, а затем проблема сохраняющегося неравенства в целом вновь оказалась в центре внимания политических дискуссий в области здравоохранения.

Возможность измерения неравенства в уровне здоровья приобретает первостепенное значение, когда необходимо преодолевать широко распространенные заблуждения, оказывающие сильное влияние на ход дебатов по вопросам политики в области здравоохранения<sup>70, 71</sup>.

- Для оценки прогресса достаточно использовать простые средние демографические показатели – их на самом деле недостаточно.
- Системы здравоохранения, рассчитанные на обеспечение всеобщего охвата, являются справедливыми – это необходимое, но недостаточное условие.
- В бедных странах все в равной мере бедны и нездоровы – во всех обществах существует расслоение.
- Главную обеспокоенность вызывают различия между странами – неравенство внутри стран волнует население в большей степени.
- Хорошо спланированные реформы, направленные на повышение эффективности, в конечном счете принесут пользу всем – нередко они имеют непредсказуемые последствия с точки зрения неравенства.

Значимость измерения определяется рядом причин<sup>2</sup>.

- Важно знать масштабы и понимать причины неравенства в уровне здоровья и социальной изоляции в данном обществе, с тем чтобы обмениваться этой информацией и на ее основе определять цели реформ.
- По этим же причинам не менее важно выявлять основные факторы неравенства в уровне здоровья и понимать их значение не только в общих чертах, но также с учетом конкретного национального контекста. Органы здравоохранения должны информироваться о том, в какой степени текущая или планируемая политика в области здравоохранения приводит к неравенству, с тем чтобы можно было скорректировать ее.
- Необходимо следить за ходом реформ, направленных на сокращение неравенства в уровне здоровья, а именно за достижением всеобщего охвата, с тем чтобы можно было направлять и корректировать ход этих реформ по мере их осуществления.

Несмотря на давнюю приверженность политиков принципу равенства в уровне здоровья, его определение и измерение является новым направлением в сфере общественного здравоохранения. До тех пор пока системы медико-санитарной информации не будут собирать данные, используя стандартизированные социальные показатели слоев общества, такие как социально-экономическое положение, пол, этническая принадлежность и географический район, будет трудно выявлять и точно устанавливать неравенство, и пока не будут выяснены его масштабы и природа, вряд ли можно будет разработать надлежащие меры для его устранения<sup>72</sup>. Широко доступный сегодня анализ данных демографического и медико-санитарного обследования (ДМСО) в разбивке по имущественным квинтилям значительно углубляет понимание политиками проблем, связанных с неравенством в уровне здоровья в своих странах. Существуют также примеры того, как укрепление внутреннего потенциала и возможностей способствует пониманию и решению проблем неравенства. В Чили, например, недавно была начата интеграция информационных систем сектора здравоохранения в целях получения всесторонней информации о важнейших факторах неравенства и совершенствования возможностей дезагрегировать информацию по социально-экономическим группам. Индонезия добавила вопросы по здравоохранению в обследование расходов домохозяйств и демографические обследования. Встроенные функциональные возможности всех систем административных баз данных, предназначенные для увязки медицинских и социально-экономических данных с помощью уникальных идентификаторов (национальный номер страхового договора или географические коды переписи населения), помогают выявлять социально-экономическое расслоение и предоставляют информацию, которая обычно недоступна. Однако это более чем техническая проблема. Для количественного измерения прогресса систем здравоохранения в достижении равенства необходим детальный консультативный процесс для определения того, что может считаться справедливым распределением услуг по охране здоровья, в противовес недостаткам и проблемам, которые поддаются измерению<sup>73</sup>. Это зависит от развития институционального сотрудничества между многочисленными заинтересованными сторонами для обеспечения того, чтобы результаты измерения и мониторинга нашли отражение в конкретных политических предложениях по достижению большего равенства и укреплению солидарности.





### Создание возможностей для участия и расширения прав гражданского общества

Сведения о неравенстве в уровне здоровья могут послужить основой для подготовки политических предложений только при наличии организованного социального спроса. Одной из самых мощных движущих сил, выступающих за реформы в целях обеспечения всеобщего охвата, включая еще не охваченные и социально изолированные группы населения, является спрос со стороны общин, которые несут основной груз существующего неравенства, и других заинтересованных групп гражданского общества.

За последние 30 лет, главным образом внутри стран, но также в мире в целом нарастает массовое пропагандистское движение за улучшение охраны здоровья и повышение благосостояния групп населения, которые нуждаются в этом. Сегодня по всему миру насчитываются

тысячи групп, больших и маленьких, местных и глобальных, которые призывают к действиям по улучшению охраны здоровья обездоленных социальных групп или лиц, страдающих специфическими заболеваниями. Эти группы, которых фактически не существовало в дни проведения Алма-Атинской конференции, являются мощным рупором, призывающим к целенаправленным коллективным действиям. Мобилизация групп и общин для решения проблем, которые они считают наиболее важными с точки зрения уровня здоровья и неравенства в уровне здоровья, является необходимым дополнением к технократическому подходу “сверху вниз” в оценке социального неравенства и определении приоритетных направлений действий.

Многие эти группы оказались способными лоббистами, добившимися, например, расширения доступа к лечению ВИЧ/СПИДа, отмены платы

#### Вставка 2.6 Социальная политика в городе Генте, Бельгия: как местные власти могут способствовать межсекторальному сотрудничеству организаций здравоохранения и организаций социального обеспечения<sup>76</sup>

В 2004 году в соответствии с постановлением регионального правительства Фландрии, Бельгия, было узаконено непосредственное участие местных заинтересованных сторон и граждан в межсекторальном сотрудничестве по социальным вопросам. Сегодня это постановление действует на уровне городов и деревень данного региона. В одном из таких городов, Генте, примерно 450 местных работников сектора здравоохранения и социального обеспечения были объединены в 11 тематических форумов по следующим вопросам: правовая помощь; поддержка и обеспечение безопасности несовершеннолетних; услуги для молодых людей и подростков; уход за детьми; этнические культурные меньшинства; лица с ограниченными возможностями; пожилые люди; жилье; работа и занятость; лица, живущие на доходы ниже критического уровня; и здравоохранение.

Местные органы власти облегчают и поддерживают сотрудничество различных организаций и секторов, например, посредством сбора и мониторинга данных, информации и отчетности, обеспечения доступа к услугам и принятия мер, направленных на придание услугам в большей степени предупредительного характера. Они также отвечают за налаживание контактов между всеми секторами в целях улучшения координации. Они принимают сигналы, собирают сведения о препятствиях, предложения и планы и в соответствующих случаях отвечают за передачу собранной информации на уровень провинции, региона, федерации или Европейского союза для принятия на их основе соответствующих политических решений и законодательства.

Руководящий комитет подотчетен непосредственно городскому совету и объединяет работу 11 форумов. Для обеспечения устойчивой и качественной работы различных групп необходимы поддержка администрации и наличие постоянного рабочего органа. Участие всех заинтересованных сторон особенно заметно в работе форума по вопросам здравоохранения: здесь представлены местные больницы, семейные врачи, службы первичной медико-санитарной помощи, фармацевты, психиатрические больницы, группы самопомощи, службы медицинской помощи на дому, органы, занимающиеся пропагандой здорового образа жизни, научный сектор, службы психиатрической помощи на дому и медицинские центры.

Это сложное переплетение направлений сотрудничества дает свои результаты. Межсекторальная координация способствует разработке более эффективной местной социальной политики. В период 2008–2013 годов в рамках многоуровневого процесса обсуждения были выделены четыре приоритетные темы: устойчивое обеспечение жильем, доступ к медицинской помощи, понижение порога доступа к социальным правам и оптимизация роста и развития. Рассчитанный на год план действий обеспечивает проведение политики с помощью проектов модернизации в таких областях, как обеспечение финансового доступа к здравоохранению, поддержка в области образования, помощь бездомным и доступный по средствам и гибкий уход за детьми. Среди конкретных дел по реализации этого плана можно назвать создание в Генте “социального дома” – сети пунктов обслуживания, расположенных в разных районах города, где при организации первичной медико-санитарной помощи особое внимание уделялось наиболее уязвимым группам населения. По мнению организаций-участников, создание секторальных форумов в сочетании с организацией межсекторального сотрудничества существенно повысили эффективность решения в городе социальных проблем, являющихся детерминантами здоровья.

за пользование услугами и прогресса в достижении всеобщего охвата. Однако эти успехи не должны заставить забыть то, что сами пострадавшие общины и организации гражданского общества могут своим непосредственным участием способствовать ликвидации причин изоляции в рамках местных служб здравоохранения. Одним из многочисленных примеров является принятый в Коста-Рике “беспристрастный подход”, который успешно используется для содействия развитию диалога с членами уязвимых общин и между ними. В рамках этого выявляются практикуемые на местах формы социальной изоляции и барьеры для получения доступа, которые неохотно признавались поставщиками медицинских услуг, и активизируется деятельность по искоренению основных причин плохого состояния здоровья. Иногда конкретные результаты, такие как реорганизация родильного дома с учетом потребностей и ожиданий населения, могут иметь не только местное значение, как это было в случае Коста-Рики, когда реорганизация на местах послужила моделью для осуществления национальной программы<sup>74</sup>.

Однако и сама система здравоохранения может много сделать для смягчения последствий социального неравенства и обеспечения более справедливого доступа к медицинскому обслуживанию на местном уровне. Участие общины становится реальностью на местном уровне, а иногда именно здесь межсекторальные меры обеспечивают наиболее эффективное взаимо-

действие материальных и социальных факторов, которые определяют перспективы в отношении состояния здоровья населения, увеличивая или сокращая неравенство в уровне здоровья. Одним из таких примеров являются “зоны действий по охране здоровья” в Соединенном Королевстве – партнерские организации, имеющие целью улучшение условий жизни малоимущих слоев населения. Еще одним примером может служить работа муниципалитета Барселоны в Испании, где результатом осуществления комплекса мер, включая реформу первичной медико-санитарной помощи, стало улучшение состояния здоровья некоторых малоимущих групп населения, – доказательство того, что местные органы власти могут способствовать сокращению неравенства в уровне здоровья<sup>75</sup>.

Деятельность на местах также может послужить отправной точкой для осуществления более широких структурных преобразований, если на основе ее результатов принимаются соответствующие политические решения и законодательство (вставка 2.6). В этом отношении важную роль призваны сыграть местные службы здравоохранения, поскольку именно на этом уровне проводятся реформы по обеспечению всеобщего охвата и медицинского обслуживания. Первичная медико-санитарная помощь – это способ организовать медицинское обслуживание таким образом, который лучше всего обеспечивает не только достижение большего равенства в уровне здоровья, но также удовлетворение других базовых потребностей и ожиданий населения.

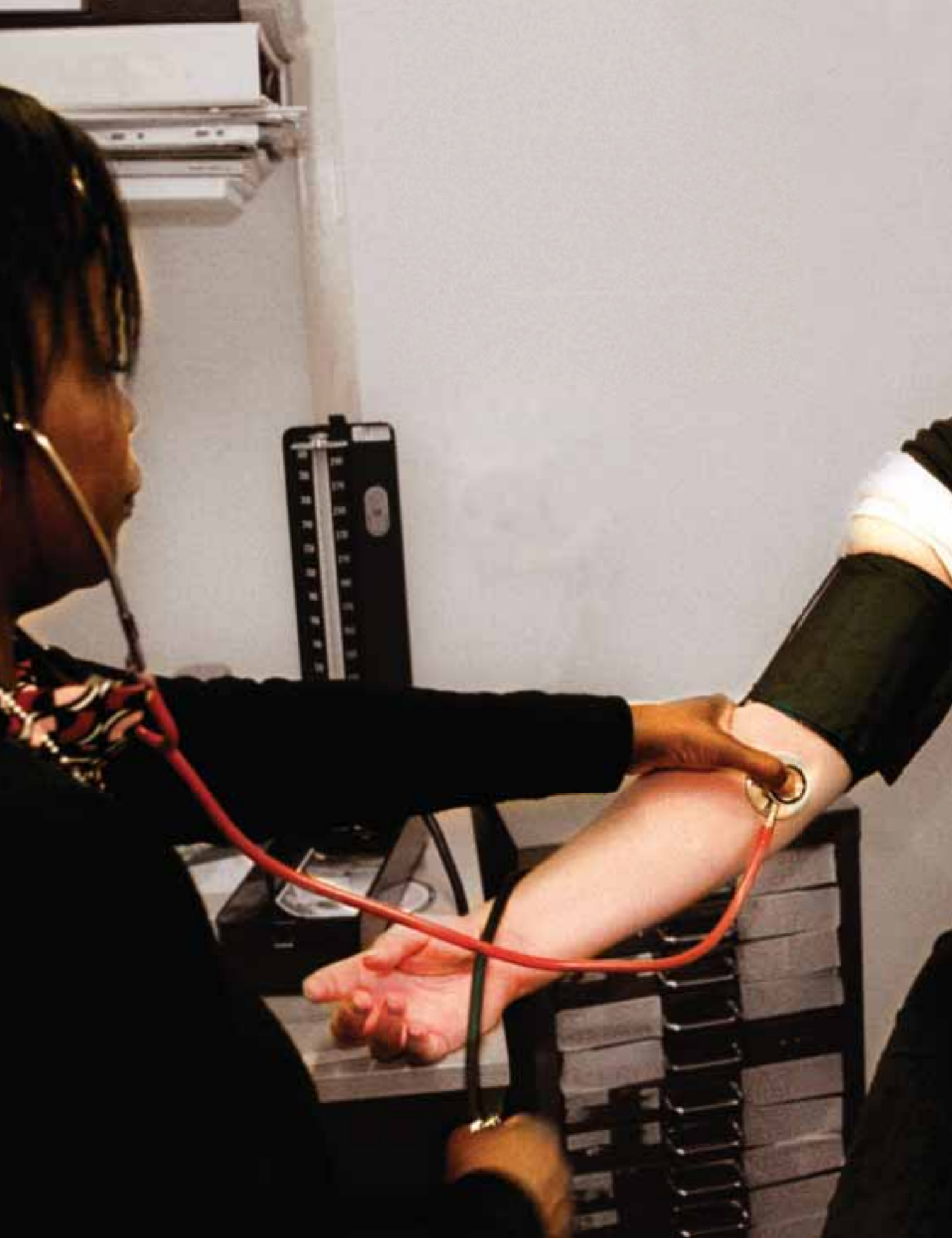



## Библиография

- Houston S. Matt Anderson's 1939 health plan: how effective and how economical? *Saskatchewan History*, 2005, 57:4–14
- Xu K et al. Protecting households from catastrophic health spending, *Health Affairs*, 2007, 26:972–983.
- A conceptual framework for action on the social determinants of health; discussion paper for the Commission on Social Determinants for Health. Geneva, World Health Organization, 2007 ([http://www.who.int/social\\_determinants/resources/csdh\\_framework\\_action\\_05\\_07.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf), accessed 19 July 2008)
- Whitehead M, Dahlgren G. *Concepts and principles for tackling social inequities in health: levelling up part 1*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2006 (Studies on Social and Economic Determinants of Population Health No. 2; <http://www.euro.who.int/document/e89383.pdf>, accessed 15 July 2008).
- Adler N, Stewart J. *Reaching for a healthier life. Facts on socioeconomic status and health in the US*. Chicago, JD and CT MacArthur Foundation Research Network on Socioeconomic Status and Health, 2007.
- Dans A et al. Assessing equity in clinical practice guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2007, 60:540–546.
- Hart JT. The inverse care law. *Lancet*, 1971, 1:405–412.
- Gwatkin DR, Bhuiya A, Victora CG. Making health systems more equitable. *Lancet*, 2004, 364:1273–1280.
- Gilson L, McIntyre D. Post-apartheid challenges: household access and use of care. *International Journal of Health Services*, 2007, 37:673–691.
- Hanratty B, Zhang T, Whitehead M. How close have universal health systems come to achieving equity in use of curative services? A systematic review. *International Journal of Health Services*, 2007, 37:89–109.
- Mackenbach JP et al. Strategies to reduce socioeconomic inequalities in health. In: Mackenbach JP, Bakker M, eds. *Reducing inequalities in health: a European perspective*. London, Routledge, 2002.
- Report No. 20 (2006-2007): *National strategy to reduce social inequalities in health. Paper presented to the Storting*. Oslo, Norwegian Ministry of Health and Care Services, 2007 (<http://www.regjeringen.no/en/dep/hod/Documents/regpubl/stmeld/2006-2007/Report-No-20-2006-2007-to-the-Storting.html?id=466505>, accessed 19 July 2008).
- Diderichsen F, Hallqvist J. Social inequalities in health: some methodological considerations for the study of social position and social context. In: Arve-Parès B, ed. *Inequality in health – a Swedish perspective*. Stockholm, Swedish Council for Social Research, 1998.
- International Labour Office, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH and World Health Organization. *Extending social protection in health: developing countries, experiences, lessons learnt and recommendations*. International Conference on Social Health Insurance in Developing Countries, Berlin, 5–7 December 2005. Eschborn, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH, 2007 (<http://www2.gtz.de/dokumente/bib/07-0378.pdf>, accessed 19 July 2008).
- Achieving universal health coverage: developing the health financing system. Geneva, World Health Organization, Department of Health Systems Financing, 2005 (Technical Briefs for Policy Makers No. 1).
- The World Health Report 2000 – *Health systems: improving performance*. Geneva, World Health Organization, 2000.
- Busse R, Schlette S, eds. *Focus on prevention, health and aging and health professions*. Gütersloh, Verlag Bertelsmann Stiftung, 2007 (Health Policy Developments 7/8).
- Carrin G, Waelkens MP, Criel B. Community-based health insurance in developing countries: a study of its contribution to the performance of health financing systems. *Tropical Medicine and International Health*, 2005, 10:799–811.
- Jacobs B et al. Bridging community-based health insurance and social protection for health care – a step in the direction of universal coverage? *Tropical Medicine and International Health*, 2008, 13:140–143.
- Reclaiming the resources for health. A regional analysis of equity in health in East and Southern Africa. Kampala, Regional Network on Equity in Health in Southern Africa (EQUINET), 2007.
- Gilson L. The lessons of user fee experience in Africa. *Health Policy and Planning*, 1997, 12:273–285.
- Ke X et al. *The elimination of user fees in Uganda: impact on utilization and catastrophic health expenditures*. Geneva, World Health Organization, Department of Health System Financing, Evidence, Information and Policy Cluster, 2005 (Discussion Paper No. 4).
- Hutton G. *Charting the path to the World Bank's "No blanket policy on user fees". A look over the past 25 years at the shifting support for user fees in health and education, and reflections on the future*. London, Department for International Development (DFID) Health Resource Systems Resource Centre, 2004 ([http://www.dfidhealthrc.org/publications/health\\_sector\\_financing/04hut01.pdf](http://www.dfidhealthrc.org/publications/health_sector_financing/04hut01.pdf), accessed 19 July 2008).
- Tarimo E. *Essential health service packages: uses, abuse and future directions*. Current concerns. Geneva, World Health Organization, 1997 (ARA Paper No. 15; WHO/ARA/CC/97.7).
- Republica de Chile. *Ley 19.966. Proyecto de ley: título I del régimen general de garantías en salud*. Santiago, Ministerio de Salud, 2008 (<http://webhosting.redsalud.gov.cl/minsal/archivos/guiasges/leyauge.pdf> accessed 19 July 2008).
- Mocero D. *Delivering cost-efficient public services in health care, education and housing in Chile*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2008 (Economics Department Working Papers No. 606).
- Gwatkin DR et al. *Socio-economic differences in health, nutrition, and population within developing countries. An overview*. Washington DC, The World Bank, Human Development Network, Health, Population and Nutrition, and Population Family, 2007 (POPLINE Document Number: 324740).
- Conway MD, Gupta S, Khajavi K. Addressing Africa's health workforce crisis. *The McKinsey Quarterly*, November 2007.
- Bossyns P, Van Lerberghe W. The weakest link: competence and prestige as constraints to referral by isolated nurses in rural Niger. *Human Resources for Health*, 2004, 2:1.
- Maiga Z, Traoré Nafo F, El Abassi A. La Réforme du secteur santé au Mali, 1989-1996. *Studies in Health Services Organisation & Policy*, 1999, 12:1–132.
- Abolhassani F. *Primary health care in the Islamic Republic of Iran*. Teheran, Teheran University of Medical Sciences, Health Network Development Centre (unpublished).
- Naghavi M. *Demographic and health surveys in Iran*, 2008 (personal communication).
- Porignon D et al. How robust are district health systems? Coping with crisis and disasters in Rutshuru, Democratic Republic of Congo. *Tropical Medicine and International Health*, 1998, 3:559–565.
- Gauden GI, Powis B, Tamplin SA. Healthy Islands in the Western Pacific – international settings development. *Health Promotion International*, 2000, 15:169–178.
- The World Health Report 2006: *Working together for health*. Geneva, World Health Organization, 2006.
- Bossyns P et al. Unaffordable or cost-effective? Introducing an emergency referral system in rural Niger. *Tropical Medicine & International Health*, 2005, 10:879–887.
- Tibandebage P, Mackintosh M. The market shaping of charges, trust and abuse: health care transactions in Tanzania. *Social Science and Medicine*, 2005, 61:1385–1395.
- Segall, M et al. *Health care seeking by the poor in transitional economies: the case of Vietnam*. Brighton, Institute of Development Studies, 2000 (IDS Research Reports No. 43).
- Baru RV. *Private health care in India: social characteristics and trends*. New Delhi, Sage Publications, 1998.
- Tu NTH, Huong NTL, Diep NB. *Globalisation and its effects on health care and occupational health in Viet Nam*. Geneva, United Nations Research Institute for Social Development, 2003 (<http://www.unrisd.org>, accessed 19 July 2008).
- Narayana K. The role of the state in the privatisation and corporatisation of medical care in Andhra Pradesh, India. In: Sen K, ed. *Restructuring health services: changing contexts and comparative perspectives*. London and New Jersey, Zed Books, 2003.
- Bennett S, McPake B, Mills A. The public/private mix debate in health care. In: Bennett S, McPake B, Mills A, eds. *Private health providers in developing countries. Serving the public interest?* London and New Jersey, Zed Books, 1997.
- Ogunbunju I, Ogunbunju A, Orobato N. Private health care in Nigeria: walking the tightrope. *Health Policy and Planning*, 1999, 14:174–181.
- Mills A, Bennett S, Russell S. *The challenge of health sector reform: what must governments do?* Basingstoke, Palgrave Macmillan, 2001.
- The unbearable cost of illness: poverty, ill health and access to healthcare - evidence from Lindi Rural District, Tanzania*. London, Save the Children, 2001.
- Ferrinho P, Bugalho AM, Van Lerberghe W. Is there a case for privatising reproductive health? Patchy evidence and much wishful thinking. *Studies in Health Services Organisation & Policy*, 2001, 17:343–370.
- Pan American Health Organization and Swedish International Development Agency. *Exclusion in health in Latin America and the Caribbean*. Washington DC, Pan American Health Organization, 2003 (Extension of Social Protection in Health Series No. 1).

48. Jaffré Y, Olivier de Sardan J-P, eds. *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Paris, Karthala, 2003.
49. Schellenberg JA et al. *Inequalities among the very poor: health care for children in rural southern Tanzania*. Ifakara, Ifakara Health Research and Development Centre, 2002.
50. Oliver A, ed. *Health care priority setting: implications for health inequalities. Proceedings from a meeting of the Health Equity Network*. London, The Nuffield Trust, 2003.
51. *Overcoming obstacles to health: report from the Robert Wood Johnson Foundation to the Commission to Build a Healthier America*. Princeton NJ, Robert Wood Johnson Foundation, 2008.
52. Franks A. *Self-determination background paper. Aboriginal health promotion project*. Lismore NSW, Northern Rivers Area Health Service, Division of Population Health, Health Promotion Unit, 2001 (<http://www.ncahs.nsw.gov.au/docs/echidna/ABpaper.pdf>, accessed 19 July 2008).
53. *Gathering strength – Canada's Aboriginal action plan: a progress report*. Ottawa, Ministry of Indian Affairs and Northern Development, 2000.
54. King A, Turia T. *He korowai orange – Maori Health Strategy*. Wellington, Ministry of Health of New Zealand, 2002.
55. Cecile MT et al. Gender perspectives and quality of care: towards appropriate and adequate health care for women. *Social Science & Medicine*, 1996, 43:707–720.
56. Murray C, Kulkarni S, Ezzati M. Eight Americas: new perspectives on U.S. health disparities. *American Journal of Preventive Medicine*, 2005, 29:4–10.
57. Paterson I, Judge K. Equality of access to healthcare. In: Mackenbach JP, Bakker M, eds. *Reducing inequalities in health: a European perspective*. London, Routledge, 2002.
58. Doblin L, Leake BD. Ambulatory health services provided to low-income and homeless adult patients in a major community health center. *Journal of General Internal Medicine*, 1996 11:156–162.
59. Frenz P. *Innovative practices for intersectoral action on health: a case study of four programs for social equity. Chilean case study prepared for the CSDH*. Santiago, Ministry of Health, Division of Health Planning, Social Determinants of Health Initiative, 2007.
60. Emanuel EJ, Fuchs VR. Health care vouchers – a proposal for universal coverage. *New England Journal of Medicine*, 2005, 352:1255–1260.
61. Morris S et al. Monetary incentives in primary health care and effects on use and coverage of preventive health care interventions in rural Honduras: cluster randomised trial. *Lancet*, 2004, 364:2030–2037.
62. Armstrong JRM et al. KINET: a social marketing programme of treated nets and net treatment for malaria control in Tanzania, with evaluation of child health and long-term survival. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 1999, 93:225–231.
63. Adiel K et al. Targeted subsidy for malaria control with treated nets using a discount voucher system in Tanzania. *Health Policy and Planning*, 2003, 18:163–171.
64. Kirby D, Waszak C, Ziegler J. Six school-based clinics: their reproductive health services and impact on sexual behavior. *Family Planning Perspectives*, 1991, 23:6–16.
65. Meng H et al. Effect of a consumer-directed voucher and a disease-management-health-promotion nurse intervention on home care use. *The Gerontologist*, 2005, 45:167–176.
66. Lagarde M, Haines A, Palmer N. Conditional cash transfers for improving uptake of health interventions in low- and middle-income countries. A systematic review. *Journal of the American Medical Association*, 2007, 298:1900–1910.
67. Gwatkin DR, Wagstaff A, Yazbeck A, eds. *Reaching the poor with health, nutrition and population services. What works, what doesn't and why*. Washington DC, The World Bank, 2005.
68. Sretzer, S. The importance of social intervention in Britain's mortality decline, c.1850–1914: a reinterpretation of the role of public health. *Society for the Social History of Medicine*, 1988, 1:1–41.
69. Gwatkin DR. 10 best resources on ... health equity. *Health Policy and Planning*, 2007, 22:348–351.
70. Burström B. Increasing inequalities in health care utilisation across income groups in Sweden during the 1990s? *Health Policy*, 2002, 62:117–129.
71. Whitehead M et al. As the health divide widens in Sweden and Britain, what's happening to access to care? *British Medical Journal*, 1997, 315:1006–1009.
72. Nolen LB et al. Strengthening health information systems to address health equity challenges. *Bulletin of the World Health Organization*, 2005, 83:597–603.
73. Whitehead M, Dahlgren G, Evans T. Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap. *Lancet*, 2001, 358:833–836.
74. Burke MA, Eichler M. The BIAS FREE framework: a practical tool for identifying and eliminating social biases in health research. Geneva, Global Forum for Health Research, 2006 ([http://www.globalforumhealth.org/Site/002\\_What%20we%20do/005\\_Publications/010\\_BIAS%20FREE.php](http://www.globalforumhealth.org/Site/002_What%20we%20do/005_Publications/010_BIAS%20FREE.php), accessed 19 July 2008).
75. Benach J, Borell C, Daponte A. Spain. In: Mackenbach JP, Bakker M, eds. *Reducing inequalities in health: a European perspective*. London, Routledge, 2002.
76. Balthazar T, Versnick G. *Lokaal sociaal beleidsplan, Gent. Strategisch meerjarenplan 2008-2013*. Gent, Lokaal Sociaal Beleid, 2008 (<http://www.lokaalsociaalbeleidgent.be/documenten/publicaties%20LSB-Gent/LSB-plan%20Gent.pdf>, accessed 23 July 2008).







# Первичная медико-санитарная помощь: **В центре внимания – интересы людей**



*В настоящей главе описывается, как в рамках первичной медико-санитарной помощи, где население входит в контакт с учреждениями здравоохранения, безопасным, эффективным и социально плодотворным образом проводится профилактическая и разъяснительная работа, осуществляется лечение и уход. Иными словами, речь идет о том, что для достижения всего вышеуказанного необходимо в первую очередь поставить в центр внимания интересы людей, а именно взвешенно рассмотреть как вопросы здоровья и благосостояния, так и ценности и возможности населения и работников здравоохранения<sup>1</sup>. В начале главы приводятся те характеристики системы здравоохранения, которые, наряду с эффективностью и безопасностью, имеют существенное значение для получения более высоких результатов в социальной сфере и здравоохранении.*

## Глава 3

Качественная помощь – это прежде всего забота о людях	48
Отличительные черты первичной медико-санитарной помощи	50
Создание сети учреждений первичной помощи	59
Мониторинг прогресса	64

Это такие характеристики, как ориентация на пациента, всеобъемлемость, комплексность и непрерывность медицинской помощи, а также постоянная возможность входа в систему здравоохранения, что позволяет выстроить длительные отношения доверия между людьми и поставщиками услуг здравоохранения. Далее в главе рассматриваются связанные с вышесказанным требования к организации оказания медицинской помощи: необходимость перехода от специализированной помощи к амбулаторной помощи общего профиля, охватывающей определенные группы населения и способной координировать поддержку со стороны больниц, специализированных служб и организаций гражданского общества.

### Качественная помощь – это прежде всего забота о людях

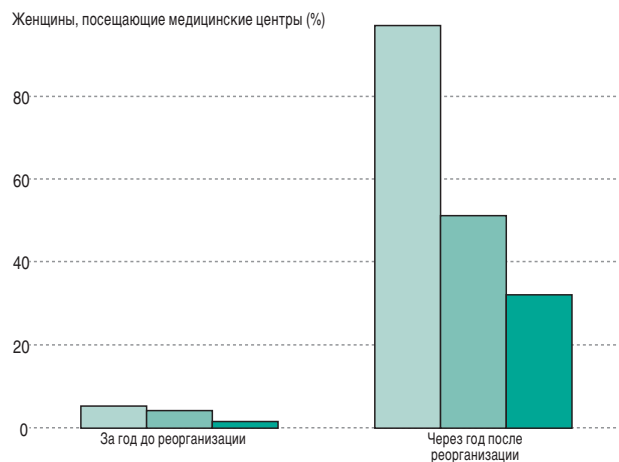
В основе современной медицины лежит, как и должно, медико-биологическая наука. Однако, как указывал один из ее основателей Уильям Ослер, “гораздо важнее знать, какой именно пациент страдает заболеванием, чем каким именно заболеванием пациент страдает”<sup>2</sup>. Недостаточный учет человеческого фактора в здравоохранении и необходимости адаптации медицинских услуг к специфике общин и индивидуальных ситуаций является основным недостатком современной системы здравоохранения, что не только приводит к неравноправию и напряженности в социальной сфере, но также ограничивает отдачу от капиталовложений в здравоохранение.

Придание приоритета интересам людей – центральное направление реформирования сферы предоставления медицинских услуг – задача непростая. Ее решение может потребовать значительного – хотя и простого на первый взгляд – отхода от обычных методов ведения дел. На примере реорганизации медицинского центра на Аляске, на который приходится 45 тыс. обращений пациентов в год, видно, какими значительными могут быть последствия продвижения в этом направлении. Работа центра не приносила удовлетворения ни врачебному персоналу, ни пациентам, пока не было принято решение установить прямые связи между каждым пациентом и каждой семьей местной общины и конкретным сотрудником центра<sup>3</sup>. Это позволило медработникам изучить истории болезни “своих” пациентов и вникнуть в их личные и семейные ситуации. Пациенты, со своей стороны, лучше узнали своих врачей и стали доверять им; теперь они имели дело не с медицинским учреждением, а со своим

личным доктором. Уменьшилось число жалоб на узковедомственный и фрагментарный характер услуг<sup>4</sup>. Посещение пунктов неотложной помощи снизилось приблизительно на 50%, а количество обращений к специалистам – на 30%; значительно сократилось время ожидания приема в очередях. За счет того, что пациенты стали реже обращаться за помощью повторно, уменьшилась нагрузка на персонал и возросла удовлетворенность сотрудников центра своей работой. Более того, у пациентов возникла уверенность в том, что их слышат и относятся к ним с уважением – а это главное, что люди ценят в здравоохранении<sup>5,6</sup>. Неповоротливая бюрократическая система была преобразована, таким образом, в систему, отвечающую интересам клиента, принадлежащую ему и функционирующую в соответствии с его потребностями<sup>4</sup>.

В совершенно другой точке мира – в сельскохозяйственной провинции Уаллам в Нигере – медицинские центры прибегли к столь же радикальной реорганизации методов работы в целях первоочередной ориентации на пациентов. Вместо традиционного проведения медицинских консультаций в утренние часы и приема в специализированных клиниках в дневное и вечернее время (диспансеризация детей, планирование семьи и т. п.) теперь предлагался полный спектр услуг в любое время суток, а средний медицинский персонал был обучен ведению активного диалога с пациентами. Например, не дожидаясь обращений женщин за противозачаточными средствами, женщинам предоставлялась информация об имеющихся услугах при каждом посещении

**Рисунок 3.1** Воздействие на уровень применения противозачаточных средств реорганизации рабочего графика сельских медицинских центров в Нигере



Источник: 7.





врача. Спустя несколько месяцев низкий уровень применения средств планирования семьи, прежде приписываемый ограничениям культурного характера, стал делом прошлого (рис. 3.1)<sup>7</sup>.

Впечатления о помощи, которую люди получают в системе здравоохранения, определяются для них прежде всего тем, как к ним относятся, когда, заболев, они обращаются за медицинской помощью, а именно тем, насколько гибко медико-санитарные работники обеспечивают взаимодействие между пациентом и службами здравоохранения. Пациентам важно иметь некоторую свободу в выборе поставщика медицинских услуг, так как они хотят иметь врача, которому они могли бы доверять и который придет на помощь своевременно, в соответствующих условиях, с проявлением уважения к больному и с соблюдением конфиденциальности<sup>8</sup>.

Медицинские услуги становятся более эффективными, если при их оказании пациентам уделяется внимание и предоставляются удобства, как видно на примере провинции Уаллам. Однако первичная медико-санитарная помощь предусматривает не только сокращение очередей, изменение графика работы учреждений или вежливость персонала. Медико-санитарные работники должны заботиться о пациентах на протяжении всей их жизни и относиться к ним

как к личностям и членам семей и общества, здоровье которых следует охранять и улучшать<sup>9</sup>, а не рассматривать их просто как носителей патологий и симптомов, требующих лечения<sup>10</sup>.

Реформы в области предоставления услуг, предлагаемые движением в поддержку первичной медико-санитарной помощи, направлены на то, чтобы поставить в центр внимания системы здравоохранения интересы людей и тем самым сделать медицинские услуги более эффективными, продуктивными и справедливо распределенными. Медицинские услуги, отвечающие указанным требованиям, начинают формировать непосредственное и тесное взаимодействие между отдельными пациентами и общинами и лицами, осуществляющими уход за больными. Это создает основу для ориентации на пациента, непрерывности, всеобъемлющего характера и комплексности предоставления услуг, которые являются характерными чертами первичной медико-санитарной помощи. В таблице 3.1 приведены различия между первичной медико-санитарной помощью и помощью, оказываемой традиционным способом, например в клиниках или в поликлинических отделениях больниц, а также в рамках программ по борьбе с заболеваниями, которые определяют характер различных служб здравоохранения в условиях ограниченности ресурсов. В следующем

**Таблица 3.1** Особенности, отличающие традиционную медицинскую помощь от первичной помощи, ориентированной на пациента

Традиционная амбулаторная помощь в клиниках или поликлинических отделениях	Программы борьбы с болезнями	Первичная помощь, ориентированная на пациента
Первоочередное внимание уделяется болезни и ее лечению	Первоочередное внимание уделяется заболеваниям, имеющим приоритетное значение	Первоочередное внимание уделяется потребностям пациента в области медицины
Взаимодействие ограничивается моментом консультации	Взаимодействие ограничивается рамками реализации программы	Длительные личные отношения
Эпизодическая медицинская помощь	Предусмотренные программой меры по борьбе с заболеванием	Всеобъемлющая непрерывная помощь, ориентированная на пациента
Ответственность ограничивается действенным и безопасным советом пациенту во время консультации	Ответственность за достижение целей в области борьбы с заболеванием в целевой группе населения	Ответственность за состояние здоровья всех членов общины на протяжении всего жизненного цикла; ответственность за борьбу с факторами, негативно влияющими на здоровье
Пользователи являются потребителями приобретаемых ими услуг	Группы населения являются объектом, на который направлены меры по борьбе с заболеванием	Люди являются партнерами, участвующими в решении вопросов, касающихся их собственного здоровья и здоровья общины

разделе главы рассматриваются особенности первичной медико-санитарной помощи и то, как эти особенности способствуют улучшению состояния здоровья населения и социальной сферы.

## Отличительные черты первичной медико-санитарной помощи

### Эффективность и безопасность – не просто технические вопросы

Медицинская помощь должна быть эффективной и безопасной. Профессионалы и общественность часто переоценивают качество работы служб здравоохранения. Возникновение в 1980-е годы научно-обоснованного подхода в медицине придало процессу принятия решений в области здравоохранения силу и дисциплину научного доказательства<sup>11</sup>, при этом ценности и предпочтения пациента по-прежнему принимались во внимание<sup>12</sup>. На протяжении последнего десятилетия было проведено несколько сотен исследований эффективности медицинской помощи<sup>13</sup>, которые расширили представления о возможностях практикующих врачей при выборе методов оказания помощи пациентам.

Однако научно-обоснованный подход сам по себе еще не гарантирует эффективности и безопасности медико-санитарной помощи. Растущее осознание того, что медицинскую помощь можно дискредитировать самыми разнообразными способами, способствует постепенному улучшению стандартов качества и безопасности (вставка 3.1). Тем не менее на настоящий момент подобные усилия сосредоточены преимущественно в области специализированной и больничной помощи в странах с высоким и средним уровнем доходов. Гораздо меньшее внимание уделяется эффективности и безопасности амбулаторной помощи общего профиля, в рамках которой и происходит наибольшее число взаимодействий между людьми и системой здравоохранения<sup>14</sup>. Этот вопрос стоит особенно остро в отношении нерегулируемых коммерческих медицинских учреждений во многих развивающихся странах, где пациенты за свои деньги нередко получают услуги низкого качества (вставка 3.2)<sup>15</sup>.

Технические параметры и параметры безопасности являются не единственными факторами, определяющими общие результаты медико-санитарной помощи. Выявленные в ходе исследования в Кот-д'Ивуаре (рис. 3.2) удручающе низкие результаты профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку продемонстрировали, что большое значение имеют и другие аспекты

организации медицинской помощи – одних даже хороших препаратов недостаточно. Важно, как службы здравоохранения работают с людьми. Исследования в Австралии, Германии, Канаде, Новой Зеландии, Соединенном Королевстве и США показывают, что значительное число пациентов сообщают о риске для здоровья, слабой координации медицинской помощи и недостаточности мероприятий по лечению хронических заболеваний<sup>25</sup>. Коммуникация часто оказывается недостаточной, не хватает информации о графике лечения. Практически каждый второй пациент утверждает, что врачи никогда или почти никогда не интересуются их мнением по поводу проводящегося лечения. В отношении

### Вставка 3.1 На пути к науке и культуре усовершенствования: примеры обеспечения безопасности пациента и достижения лучших результатов

Общие результаты медико-санитарной помощи зависят от баланса между совокупной пользой лечения или медицинского вмешательства и ущербом, который может быть нанесен пациенту<sup>16</sup>. До недавнего времени степень подобного ущерба было принято недооценивать. В промышленно развитых странах приблизительно один пациент из десяти страдает от вреда, нанесенного неблагоприятными явлениями, возникшими в ходе лечения и которых можно было бы избежать<sup>17</sup>; только в США такие осложнения являются причиной 98 тыс. смертных случаев ежегодно<sup>18</sup>. За этой ситуацией стоит множество факторов<sup>19</sup>, начиная с системных ошибок, некомпетентности и социального давления на пациента, принимающего решение о прохождении процедур, связанных с риском, и заканчивая неправильным применением технологии<sup>20</sup>. Например, почти 40% от 16 млрд. инъекций, производимых ежегодно во всем мире, делаются при помощи шприцев и игл, которые используются повторно без стерилизации<sup>14</sup>. Таким образом, каждый год в результате небезопасных уколов умирает 1,3 млн. человек и теряется почти 26 млн. лет жизни в связи с инфицированием гепатитом В и С и ВИЧ-инфекцией<sup>21</sup>.

Особую тревогу вызывает недостаток информации о масштабах и детерминантах небезопасной медико-санитарной помощи в странах с низким и средним уровнем доходов. В силу нерегулируемой коммерциализации медицинских услуг, слабости контроля и ограниченности ресурсов здравоохранения пользователи услуг в странах с низким уровнем доходов подвергаются еще большему риску понести ненамеренный ущерб, чем пациенты в странах с высоким уровнем доходов. Всемирный альянс за безопасность пациентов<sup>22</sup>, наряду с другими организациями, выступает за повышение уровня безопасности пациентов путем принятия системных мер и изменения организационной культуры, а не путем осуждения отдельных практикующих врачей или администраторов<sup>23</sup>.



одного и того же состояния пациенты обращаются за консультацией к разным специалистам, что, учитывая отсутствие координации в их деятельности, приводит к дублированию диагнозов и противоречиям<sup>25</sup>. Это ситуация сходна с ситуацией, отмечаемой в других странах, таких как Эфиопия<sup>26</sup>, Пакистан<sup>27</sup> и Зимбабве<sup>28</sup>.

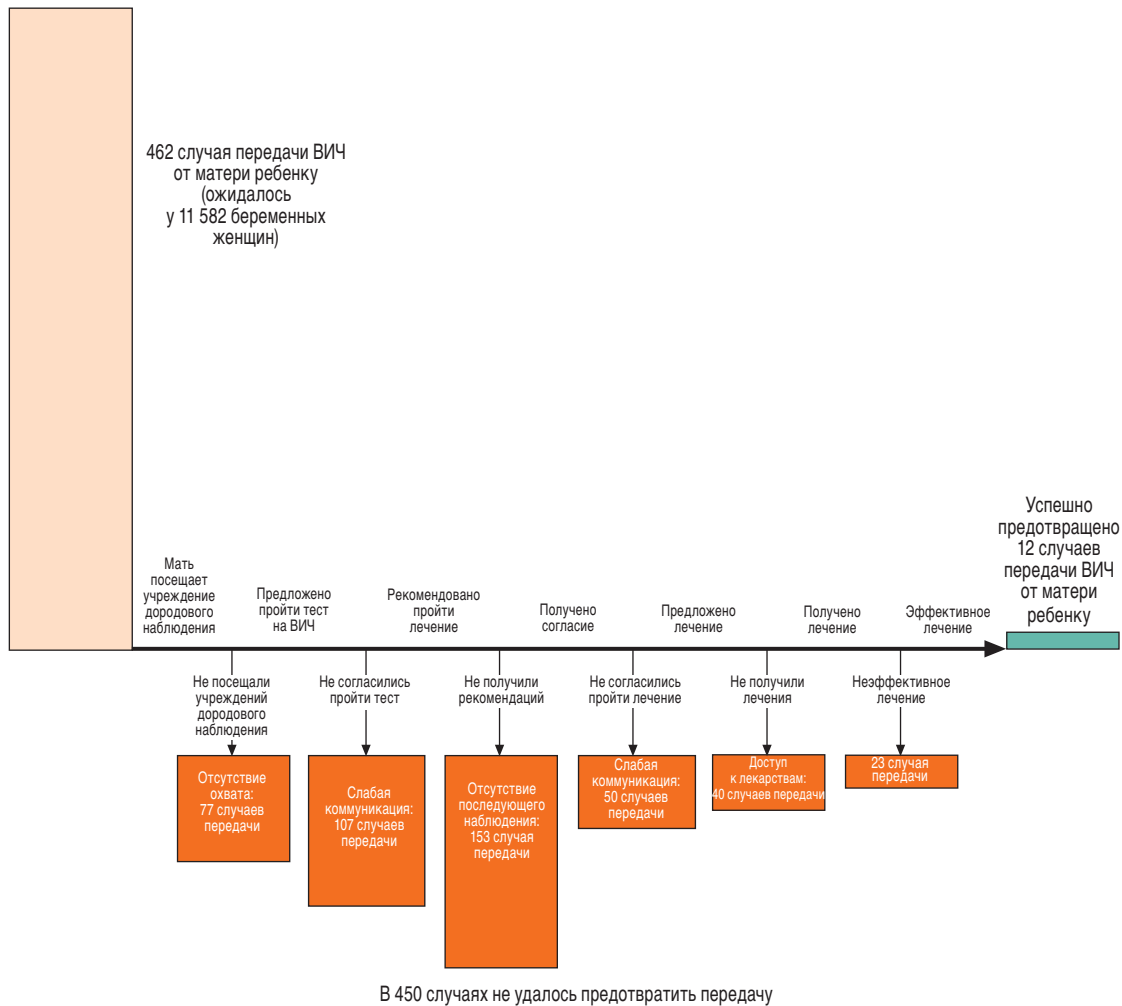
Впрочем, в последние годы отмечается некоторый прогресс. В странах с высоким уровнем доходов рост числа хронических заболеваний, проблемы с психическим здоровьем населения, количество сочетанных патологий и социальные составляющие заболевания заставили задуматься о необходимости принятия комплексных и ориентированных на пациента подходов и обеспечения непрерывности медицинской помощи. На этом настаивали не только пациенты, но и профессионалы, осознавшие жизненную важность таких качеств в здравоохранении для достижения наилучших результатов для пациентов. Многие медицинские работники признали ограниченность узкого клинического подхода, например, к лечению сердечно-сосудистых заболеваний. Это привело в итоге к обнадеживающему размыванию традиционных границ между лечебной помощью, профилактической медициной и пропагандой здорового образа жизни.

В странах с низким уровнем доходов также отмечается подобная эволюция. В последние годы в рамках многих программ борьбы с инфекционными заболеваниями уделялось пристальное внимание комплексному подходу, непрерывности медицинской помощи и ориентированности на пациента. На переднем крае этих усилий часто оказывались службы охраны материнства и детства, организовывавшие непрерывный процесс помощи на основе всестороннего подхода. Этот процесс консолидировался в рамках Совместных инициатив ЮНИСЕФ и ВОЗ в области интегрированного ведения болезней детского возраста<sup>30</sup>. Опыт реализации таких программ, как Расширенная программа ВОЗ по иммунизации, позволил работникам здравоохранения во многих развивающихся странах сделать шаг вперед по сравнению с их коллегами из стран с высоким уровнем доходов, так как они с большей готовностью принимают на себя не только ответственность за своих пациентов, но и охват населения в целом. В последнее время программы борьбы с ВИЧ-инфекцией и СПИДом убедили поставщиков медицинских услуг и политиков в важности консультирования, непрерывности медицинской помощи, взаимодополняющего характера профилактических, лечебных и паллиативных мероприятий, а также, самое главное,

### Вставка 3.2 Когда спрос на медицинские услуги стимулируется поставщиками и подстегивается потребителями: амбулаторная помощь в Индии

“Г-жа С. – типичная пациентка, проживающая в городе Дели. В радиусе 15 минут ходьбы от ее дома (и практически любого домохозяйства в городе) находятся около 70 частных поставщиков медицинских услуг. Она выбирает частную клинику, которой управляют доктор С.М. и его жена. Над входом в клинику висит внушительная табличка “Г-жа М.М., золотая медалистка, бакалавр медицины и хирургии”, указывающая на то, что в клинике работает специалист высокого класса (степень бакалавра является базовой ступенью медицинского образования, соответствующей двухступенчатой британской системе). Выясняется, однако, что г-жа М.М. крайне редко появляется в клинике. Нам рассказывали, что иногда она появляется не ранее четырех часов дня, чтобы избежать огромных очередей пациентов, ожидающих ее. Позднее мы обнаружили, что в порядке концессии она “одолжила” свое имя и титулы целому ряду других клиник. Поэтому г-жа С. идет на прием к доктору С.М. и его жене, которые заочно прошли шестимесячный курс традиционной аюрведической медицины. Доктор и его жена сидят за маленьким столиком, с одной стороны от которого – полки с огромным количеством пузырьков и баночек с таблетками, с другой – скамья с пациентами, причем очередь начинается еще на улице. Г-жа С. занимает место в конце скамьи. Доктор С.М. и его жена – самые популярные поставщики медицинских услуг в районе, принимающие до 200 пациентов в день. На каждого пациента доктор тратит около 3,5 минут, задает в среднем 3,2 вопроса и проводит 2,5 обследования. Поставив диагноз, он достает две или три таблетки, толчет их в ступке и высыпает образовавшийся порошок в маленькие бумажные пакетики, которые отдает г-же С. с указанием принимать лекарство в течение двух-трех дней. Как правило, в этот набор входит один антибиотик, одно обезболивающее или противовоспалительное средство. Доктор С.М. рассказывает нам, что ему постоянно приходится сталкиваться с нереалистичными ожиданиями пациентов, как по причине того, что пациентов слишком много, так и по причине того, что они требуют назначить им лечение, которое, как знает даже доктор С.М., им не поможет. Тем не менее доктор и его жена горят желанием оказывать помощь своим больным и, несмотря на огромный поток пациентов, они уделяют им больше времени, чем любой доктор в государственной больнице уделяет своим пациентам. Они не ограничиваются аюрведическими знаниями [...] и предпочитают лечить больных порошками в бумажных пакетиках, в результате чего их услуги готовы оплачивать (и по более высокой цене) все новые и новые пациенты”<sup>24</sup>.

**Рисунок 3.2** Упущенные возможности профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку (ПМР) в Кот-д’Ивуаре<sup>29</sup>: предотвращен лишь незначительный процент ожидаемых случаев передачи



в необходимости проявлять сочувствие и выслушивать пациента.

**Понимание пациента: помощь, ориентированная на человека**

Когда человек болен, он менее всего озабочен управленческими вопросами производительности труда, целевыми показателями здравоохранения, эффективностью затрат и рациональной организацией медицинской помощи, гораздо больше его волнует собственное бедственное положение. Каждый пациент по-своему переживает и справляется с возникающими проблемами здоровья в соответствии с конкретными жизненными обстоятельствами<sup>31</sup>. Медицинские работники должны уметь работать в условиях этого

разнообразия. Для медицинских работников, обеспечивающих контакт между населением и службами здравоохранения, это гораздо более сложная задача, чем для служб специализированной помощи: лечение хорошо известного заболевания – это относительно простая техническая задача. Справляться с проблемами здоровья, однако, гораздо труднее, так как пациента следует понимать целостно, учитывая его физическое, эмоциональное и социальное состояние, прошлое и будущее, а также реалии мира, в котором он живет. Игнорирование конкретного семейного и общественного контекста, в котором живет и действует индивид, приводит к тому, что упускаются из вида важные составляющие состояния его здоровья, которые не обязательно



### Вставка 3.3 Реагирование служб здравоохранения на насилие в отношении женщин со стороны партнеров

Насилие со стороны сексуальных партнеров имеет многочисленные, хорошо документированные последствия для женского здоровья (а в силу этого – и для здоровья их детей), включая травмы, хронические боли, нежелательную и незапланированную беременность, осложнения в течение беременности, инфекции, передаваемые половым путем, и широкий круг проблем психического здоровья<sup>32, 33, 34, 35, 36, 37</sup>. Женщины, страдающие от насилия, часто обращаются за медицинской помощью<sup>38, 39</sup>.

В связи с этим работники здравоохранения имеют все возможности для выявления жертв насилия и предоставления им помощи, включая направление в службы психосоциальной, правовой и другой поддержки. Принятые ими меры вмешательства могут уменьшить последствия насилия для здоровья и благополучия женщин и их детей, а также предотвратить дальнейшее насилие.

Согласно результатам исследования, большинство женщин убеждены в том, что врачи должны спрашивать их о случаях насилия<sup>40</sup>. Хотя пациентки не ждут от врача решения своих проблем, они желают, чтобы их выслушали не осуждая и обеспечили им поддержку, которая нужна им, чтобы самостоятельно принимать решения. Медицинские работники зачастую затрудняются задавать пациенткам вопросы о насилии. Им не хватает времени, специальных навыков и подготовки, чтобы проводить подобные беседы надлежащим образом; неохотно включают врачи и в судебные разбирательства.

Все еще продолжают споры относительно того, какой подход медицинских работников к случаям насилия считать наиболее эффективным<sup>41</sup>. Самая общая рекомендация состоит в том, чтобы задавать всем пациенткам вопрос о насилии со стороны сексуальных партнеров в ходе любого медицинского осмотра, который обычно называют “скрининг” или “стандартное обследование”<sup>42</sup>. В ходе некоторых исследований было установлено, что этот метод позволил повысить число выявленных жертв насилия среди пациенток родильных домов и клиник первичной медико-санитарной помощи, однако имеется мало доказательств устойчивости этого эффекта<sup>40</sup> или того, что это оказало существенное влияние на результативность медицинской помощи<sup>43</sup>. Что касается женщин, проживающих в специализированных убежищах, имеются свидетельства того, что те из них, кто получил конкретную правовую и психологическую помощь, впоследствии реже подвергались насилию и улучшили качество своей жизни<sup>44</sup>. Аналогичным образом, те пациентки из числа женщин, подвергавшихся насилию во время беременности, которые получили консультации по проблемам расширения их прав, впоследствии более успешно действовали в своих жизненных обстоятельствах и реже подвергались психологическому и физическому насилию даже в легкой форме, а также реже страдали от послеродовой депрессии<sup>45</sup>.

Несмотря на отсутствие консенсуса в отношении наиболее эффективной стратегии, ширится согласие относительно того, что выявление жертв насилия и оказание им поддержки должны входить в число задач медицинских служб<sup>46</sup> и что работники здравоохранения должны проходить специальное обучение по этим вопросам в целях формирования навыков и наращивания потенциала. Сотрудники учреждений здравоохранения должны, как минимум, быть хорошо информированы о насилии в отношении женщин, распространенности этого явления и его последствиях для здоровья, о признаках совершенного насилия и о том, какие меры следует принимать. Разумеется, имеются технические аспекты проблемы. Например, в случае изнасилования медицинский работник должен уметь назначить необходимое лечение и обеспечить уход, включая предоставление средств экстренной контрацепции и профилактики инфекций, передаваемых половым путем, включая ВИЧ, а также оказать психосоциальную помощь. Имеются и другие аспекты: медико-санитарные работники должны уметь составить соответствующую документацию о травмах наиболее полным и тщательным образом<sup>47, 48, 49</sup>, а также должны уметь работать с местными жителями – в частности, с мужчинами и мальчиками – по вопросам изменения стереотипов сознания и поведения, касающихся гендерного неравенства и насилия.

соответствуют какой-либо категории заболевания. Например, службы здравоохранения, которые работают в достаточно тесном взаимодействии с обслуживаемыми общинами, и медработники, хорошо знающие местное население, могут выявить, предотвратить или смягчить последствия случаев насилия в отношении женщин со стороны партнеров (вставка 3.3).

Людам хочется быть уверенными в том, что их врач понимает их страдания и испытываемые ими трудности. К сожалению, многие поставщики медицинских услуг игнорируют этот аспект терапевтических отношений, особенно когда им приходится иметь дело с социально неблагополучными группами населения. Во

многих медицинских учреждениях отзывчивость и ориентированность на пациента рассматриваются в качестве предметов роскоши, доступных немногим избранным.

Данные, полученные в ходе многочисленных исследований на протяжении последних тридцати лет, показывают, что ориентированность на пациента важна не только с точки зрения облегчения тревоги пациента или повышения удовлетворенности медицинских работников своим трудом<sup>50</sup>. Решение медицинской проблемы будет более эффективным, если поставщик медицинских услуг видит эту проблему во всех ее аспектах<sup>51</sup>. Например, если врач вначале просто распросит пациента о том, как он относится к своему

заболеванию, как оно изменило его жизнь, и не будет сосредотачиваться только на обсуждении болезни, это поможет существенно повысить уровень доверия и готовности пациента к лечению<sup>52</sup>, что позволяет пациенту и врачу найти общий язык по вопросам ведения болезни и облегчает включение в терапевтическое лечение аспектов профилактики и пропаганды здорового образа жизни<sup>50, 51</sup>. Таким образом, ориентированность на пациента становится “клиническим методом обеспечения демократии участия”<sup>53</sup>, что способствует существенному повышению качества медицинской помощи, успешности лечения и качества жизни получателей такой помощи (см. таблицу 3.2).

На практике врачи редко интересуются заболеваниями пациентов, их мнениями и тем, насколько они понимают природу своего заболевания, и столь же редко обсуждают с ними варианты решения проблемы<sup>58</sup>. Они ограничиваются простыми техническими предписаниями, полностью игнорируя сложную человеческую составляющую, имеющую решающее значение для правильного выбора лечения и его эффективности<sup>59</sup>.

Таким образом, чисто технические советы об изменении образа жизни, назначении курса лечения или направлении к специалисту не только не учитывают ограничения, накладываемые повседневными обстоятельствами пациентов, но и мешают им использовать возможности самопомощи при лечении самых разнообразных заболеваний, начиная от диареи<sup>60</sup> и заканчивая диабетом<sup>61</sup>. Однако ни медсестра сельской больницы в Нигере, ни врач общей практики в Бельгии не

**Таблица 3.2** Ориентированность на пациента: повышение качества и результативности помощи

Повышение интенсивности лечения и улучшение качества жизни – Ferrer (2005 г.) <sup>54</sup>
Более глубокое понимание психологических аспектов проблем пациента – Gulbrandsen (1997 г.) <sup>55</sup>
Более высокая удовлетворенность результатами общения – Jaturapatrom (2007 г.) <sup>56</sup>
Большая доверительность пациента в том, что касается болезненных вопросов – Kovess-Masfety (2007 г.) <sup>57</sup>
Более высокий уровень доверия и готовности соблюдать режим лечения – Fiscella (2004 г.) <sup>52</sup>
Более широкое включение в терапию аспектов профилактики и пропаганды здорового образа жизни – Mead (1982 г.) <sup>50</sup>

могут, к примеру, госпитализировать пациента без предварительных договоренностей<sup>62, 63</sup>: наряду с медицинскими критериями, они должны принимать во внимание личные и семейные ценности пациента, их образ жизни и виды на будущее<sup>64</sup>.

Число поставщиков услуг здравоохранения, специально обученных ориентированному на пациента подходу, пока невелико. Недостаток надлежащей подготовки усугубляется межкультурными конфликтами, социальным расстройством, дискриминацией и стигматизацией<sup>63</sup>. Вследствие этого недостаточно используется значительный потенциал пациентов в области сохранения здоровья путем изменения образа жизни, моделей поведения и самопомощи, а также путем оптимального адаптирования профессиональных советов к своим обстоятельствам. Существует множество возможностей, зачастую упускаемых, расширить права пациентов на участие в процессе принятия решений, касающихся их собственной жизни и жизни членов их семей (вставка 3.4). Для реализации этих возможностей требуются работники здравоохранения, которые умеют установить контакт с людьми и помочь им сделать осознанный выбор. Существующие системы платежей и стимулов в отношении предоставления медицинской помощи на уровне общин нередко препятствуют установлению такого диалога<sup>65</sup>. Конфликт интересов поставщиков и потребителей услуг, особенно в условиях нерегулируемой коммерческой медицины, является главным препятствием для реализации ориентированного на пациента подхода. Поставщики медицинских услуг, работающие на коммерческой основе, могут быть более вежливыми и внимательными к пациенту, чем сотрудники обычного учреждения здравоохранения, но это не альтернатива методу, ориентированному на человека.

### Всесторонние и комплексные ответные меры

Разнообразие потребностей и проблем в области здравоохранения не вписывается в разрозненные диагностические категории хрестоматийной разъяснительно-профилактической, лечебной и реабилитационной помощи<sup>78, 79</sup>. Требуется мобилизация разностороннего спектра ресурсов, включающего, помимо прочего, меры в области профилактики и пропаганды здорового образа жизни, а также диагностику, лечение или направление к специалистам, терапию хронических заболеваний, долговременную медицинскую помощь на дому и, в некоторых случаях, социальные услуги<sup>80</sup>. Именно там, где пациенты



### Вставка 3.4 Предоставление пациентам возможности участвовать в принятии решений, касающихся их здоровья

Семьям могут быть предоставлены возможности принимать решения, касающиеся здоровья всех их членов. Планы в отношении родов и экстренной медицинской помощи<sup>66</sup>, например, разрабатываются на основе обсуждения будущей матерью и медицинскими работниками – задолго до появления ребенка на свет – того, как она хотела бы организовать этот процесс. В числе обсуждаемых вопросов – место, где будут проходить роды, организация заботы о домашнем хозяйстве и старших детях на время отсутствия женщины. Можно также затронуть вопрос о планировании расходов, обеспечении транспортом и медикаментами, а также о подборе донора с соответствующей группой крови на случай кровотечения. Подобные планы в отношении родов используются в таких разных странах, как Гватемала, Египет, Индонезия, Нидерланды и Объединенная Республика Танзания. Это всего лишь один из примеров расширения прав и возможностей пациентов участвовать в принятии решений, касающихся их здоровья<sup>67</sup>. Стратегии расширения прав и возможностей могут обеспечить достижение более высоких социальных и медицинских результатов несколькими способами; условиями успеха являются включенность этих стратегий в местный контекст и опора на прочные прямые связи между пациентами и работниками здравоохранения<sup>68</sup>. Стратегии могут касаться самых разнообразных областей жизни, как показано ниже:

- создание у домохозяйств потенциала в области сохранения здоровья, принятия способствующих здоровью решений и умения действовать в экстренных ситуациях – организации самопомощи больных диабетом во Франции<sup>69</sup>, программы обучения родителей и расширения прав и возможностей семьи в ЮАР<sup>70</sup>, обсуждение и составление планов в отношении безопасных родов в Объединенной Республике Танзании<sup>71</sup>, программа активного старения в Мексике<sup>72</sup>;
- повышение информированности граждан о своих правах, потребностях и потенциальных проблемах – информационная кампания об адресной помощи в Чили<sup>73</sup>, принятие Декларации о правах пациента в Таиланде<sup>74</sup>;
- усиление связей с общинами и системой здравоохранения с целью социальной поддержки – оказание содействия и предоставление консультаций лицам, осуществляющим в семьях уход за слабоумными больными в развивающихся странах<sup>75</sup>, программы сельского кредитования в Бангладеш и их влияние на выбор пациентами поставщиков медицинских услуг<sup>76</sup>, инициативы по улучшению состояния окрестной окружающей среды в Ливане<sup>77</sup>.

соприкасаются с системой здравоохранения, где они впервые излагают свои проблемы, потребность в предложении всесторонней и комплексной помощи наиболее высока.

Всесторонний характер услуг имеет смысл с оперативной и управленческой точки зрения и увеличивает совокупную выгоду (см. таблицу 3.3). Пациенты гораздо охотнее пользуются услугами, если им предлагается полный их спектр. Более того, таким образом создаются максимальные возможности для оказания профилактической помощи и пропаганды здорового образа жизни и снижается излишняя потребность в специализированной или больничной помощи<sup>81</sup>. Специализация имеет свои положительные стороны, но связанная с ней фрагментация услуг нередко контрпродуктивна и неэффективна: бессмысленно следить за развитием ребенка, игнорируя состояние здоровья матери (и наоборот), или лечить туберкулезного больного, не проверяя, является ли он курильщиком или носителем ВИЧ.

Это не означает, что работники системы первичной медико-санитарной помощи обязаны решать все представленные здесь проблемы здоровья и здравоохранения и что все программы в области здравоохранения должны реализовываться на базе отдельных пунктов оказания комплексной медицинской помощи. Тем не менее бригады

первичной медико-санитарной помощи должны уметь справляться с большинством медицинских проблем местного населения. Если они это делать не в состоянии, необходимо мобилизовать внешние ресурсы, направляя пациента к специалистам или прибегая к помощи специалистов, больниц, лечебно-диагностических центров, программ в области общественного здравоохранения, служб долговременной медицинской помощи, социальной помощи или помощи на дому, служб самопомощи и других общественных учреждений. Это не означает отказа от ответственности: бригада первичной медико-санитарной помощи

**Таблица 3.3** Всесторонняя помощь: достижение более высоких результатов и качества медицинских услуг

Более высокая результативность медицинской помощи – Forrest (1996 г.) <sup>82</sup> , Chande (1996 г.) <sup>83</sup> , Starfield (1998 г.) <sup>84</sup>
Более высокая готовность пациентов к принятию мер профилактики по конкретным болезням (например, регулярное измерение артериального давления, прохождение маммографии, взятие мазков Папаниколу) – Bindman (1996 г.) <sup>85</sup>
Снижение числа пациентов, поступающих в клиники с предотвращаемыми осложнениями хронических заболеваний – Shea (1992 г.) <sup>86</sup>

по-прежнему отвечает за то, чтобы помогать пациенту ориентироваться в этих сложных условиях.

Всесторонний и комплексный подход к большинству проблем здоровья в общине оказывается более эффективным, чем разрозненные услуги по решению отдельных проблем, отчасти потому что он позволяет лучше узнать местных жителей и завоевать их доверие. Один вид деятельности подкрепляет другой. Медицинские учреждения, предоставляющие разносторонний спектр услуг, обеспечивают более широкое внедрение и охват населения профилактическими программами, например программами онкологических обследований или вакцинации (рис. 3.3), предотвращают осложнения и повышают результативность медицинской помощи.

Комплексные услуги также способствуют раннему выявлению и предупреждению проблем, даже в отсутствие прямого спроса. Существуют индивиды и группы, которым медицинская помощь пойдет на благо, даже если они прямо не выражают потребности в ней. К их числу относятся, например, женщины, посещающие медицинские центры в провинции Уаллам в Нигере, или лица с невыявленным повышенным кровяным давлением или с депрессией. Ранняя диагностика заболеваний, профилактические мероприятия с целью снижения частотности неудовлетворительного состояния здоровья, пропаганда здорового образа жизни с целью искоренения рискованных типов поведения и решение социальных и других проблем, являющихся детерминантами здоровья, – все это требует от учреждения здравоохранения брать на себя инициативу. Во многих случаях местные медико-санитарные работники являются единственными профессионалами, которые могут успешно справиться с проблемами в общине; например, только они могут помочь родителям в области развития детей в раннем возрасте, что само по себе является важным фактором здоровья, благополучия и продуктивности во взрослом возрасте<sup>87</sup>. Подобная деятельность требует формирования оперативных бригад медицинской помощи, предлагающих разнообразные услуги. Успех их работы зависит от тесных, доверительных отношений между медицинскими учреждениями и общинами, которые они обслуживают, в частности от работников здравоохранения, которые хорошо знают местное население<sup>88</sup>.

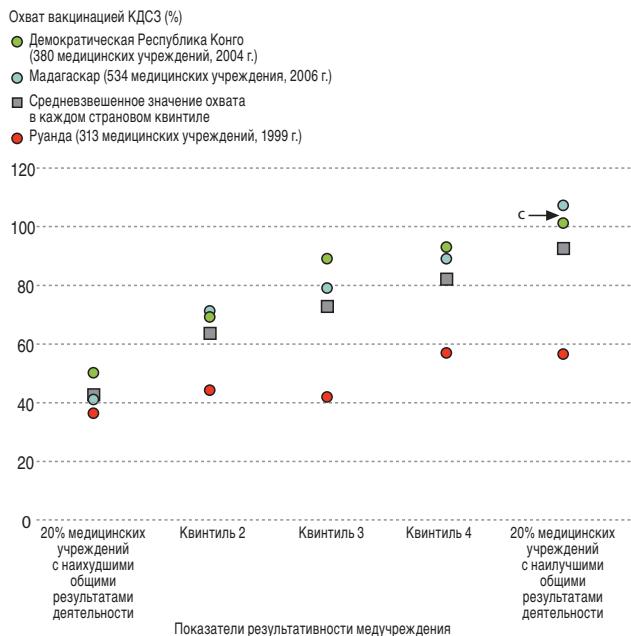
### Непрерывность помощи

Понимание пациентов и обстоятельств, в которых они живут, важно не только для предоставления

всесторонней помощи, ориентированной на пациента. Это также является важным условием непрерывности помощи. Поставщики медицинских услуг часто действуют так, словно их профессиональные обязанности начинаются с момента, когда пациент входит в кабинет, и заканчиваются, когда он его покидает. Однако предоставление медицинской помощи не должно ограничиваться моментом получения пациентом консультации или четырьмя стенами кабинета. Чтобы медицинская помощь была результативной, требуется последовательный и продуманный подход к решению проблемы пациента до ее полного разрешения и устранения риска, оправдывающего последующие вмешательства. Непрерывность помощи является определяющим фактором эффективности, идет ли речь о лечении хронических заболеваний, заботе о репродуктивном и психическом здоровье или об обеспечении здорового роста детей (см. таблицу 3.4).

Непрерывность помощи зависит от обеспечения преемственности информации в случаях, когда пациенты стареют, меняют место жительства или в ситуациях, когда конкретному пациенту или домохозяйству предоставляют услуги

**Рисунок 3.3** Медицинские центры, предлагающие комплекс разнообразных услуг, добиваются более широкого охвата населения вакцинацией<sup>a, b</sup>



<sup>a</sup> По 12227 медицинским учреждениям в Демократической Республике Конго, Руанде и на Мадагаскаре, охватывающим в общей сложности 16 млн. человек.  
<sup>b</sup> Показатели охвата населения вакцинацией не включены в качестве критерия в оценку производительности труда медицинских центров, предлагающих комплексные услуги.  
<sup>c</sup> Включая вакцинацию детей, не относящихся к целевой группе населения.





**Таблица 3.4** Непрерывность помощи: обеспечение высокого качества и результативности

Снижение уровня смертности от всех причин – Shi (2003 г.) <sup>90</sup> , Franks (1998 г.) <sup>91</sup> , Villalbi (1999 г.) <sup>92</sup> , PAHO (2005 г.) <sup>93</sup>
Расширение доступа к медицинской помощи – Weinick (2000 г.) <sup>94</sup> , Forrest (1998 г.) <sup>95</sup>
Сокращение числа случаев повторной госпитализации – Weinberger (1996 г.) <sup>96</sup>
Сокращение числа обращений к специалистам – Woodward (2004 г.) <sup>97</sup>
Более редкое использование служб скорой помощи – Gill (2000 г.) <sup>98</sup>
Более эффективное выявление побочных эффектов медицинского вмешательства – Rothwell (2005 г.) <sup>99</sup> , Kravitz (2004 г.) <sup>100</sup>

несколько профессионалов. Доступ к электронным, обычным или выданным пациентам на руки историям болезни или выписным эпикризам облегчает выбор курса лечения и координацию медицинской помощи. В Канаде, например, по каждому седьмому пациенту, поступающему в отделение скорой помощи, не имелось никакой медицинской информации, что могло с очень большой вероятностью привести к причинению ему вреда<sup>101</sup>. Отсутствие медицинских данных – наиболее частая причина несвоевременно оказанной или ненужной помощи<sup>102</sup>. В США 15,6% зарегистрированных медицинских ошибок в амбулаторных условиях совершается именно по этой причине<sup>103</sup>. Современные информационные и коммуникационные технологии, пока в недостаточной степени используемые в медицине, создают беспрецедентные возможности для распространения медицинской информации при разумном уровне затрат<sup>104</sup>, способствуя таким образом непрерывности и безопасности помощи, а также накоплению знаний (вставка 3.5). Более того, как показывает пример Открытой базы медико-санитарных данных, эти технологии более не являются исключительной привилегией структур, обладающих значительными ресурсами: электронные архивы медико-санитарной документации, разработанные сообществами практических работников на основе программного обеспечения из открытых источников, обеспечивают непрерывность и высокое качество медицинской помощи для пациентов с ВИЧ/СПИДом во многих странах с низким уровнем доходов<sup>105</sup>.

Усовершенствованных медицинских карт пациентов недостаточно. Учреждения здравоохранения должны предпринять активные усилия с целью сведения к минимуму многочисленных препятствий на пути к обеспечению непрерывности помощи. В отличие от оплаты из расчета на одного человека или оплаты одного посещения, оплата услуги из собственного кармана является самым распространенным препятствием к расширению доступа и непрерывности помощи<sup>107</sup>. Например, в Сингапуре пациентам до недавнего времени не разрешалось использовать свои сберегательные медицинские счета (Medisave) для оплаты поликлинического лечения, что приводило к задержкам плановых посещений врача и несоблюдению врачебных предписаний хронически больными пациентами. Это превратилось в проблему такого масштаба, что потребовалось внести изменения в законодательные акты. В настоящее время больницам рекомендовано направлять пациентов, страдающих диабетом, гипертонией, нарушениями липидного обмена и инсультом, к терапевтам с оплатой амбулаторной помощи со счетов Medisave<sup>108</sup>.

В числе других препятствий – графики лечения, требующие частых посещений клиники, влекущих за собой значительные затраты времени, расходы на транспорт и потери в заработной плате. Пациенты могут не оценить важность соблюдения таких графиков и вследствие этого проявить низкую мотивацию к лечению. Пациенты могут растеряться в сложной структуре специализированных больниц или социальных служб. Такие проблемы следует предвидеть и выявлять на ранних этапах. Это потребует значительных усилий от врачей: обсуждение условий графика лечения с пациентом с тем, чтобы максимально увеличить шансы завершения терапии; регистрация клиентов с хроническими заболеваниями; а также создание каналов связи посредством визитов врача на дом, взаимодействие с работниками патронажа, организация напоминаний по телефону и рассылка текстовых сообщений для восстановления утраченной непрерывности помощи. Эти повседневные задачи часто имеют решающее значение для успешности лечения, но очень редко вознаграждаются. Гораздо легче решать эти задачи, когда пациент и лицо, обеспечивающее уход, четко определили, как и кем проводится послебольничное наблюдение.

### **Постоянный доверенный врач – точка доступа в систему здравоохранения**

Всесторонний характер, непрерывность и ориентированность на пациента напрямую влияют на

результативность медицинской помощи. Все эти факторы зависят от стабильных, долгосрочных личных отношений (иногда это называется “многолетним наблюдением”<sup>84</sup>) между населением и профессионалами, являющимися для пациентов точкой доступа в систему здравоохранения.

В большинстве случаев традиционная амбулаторная помощь не способствует созданию таких отношений. Деловая, анонимная и сугубо техническая обстановка поликлинических отделений больниц, где трудится множество специалистов широкого и узкого профиля, обеспечивает механическое взаимодействие между анонимными индивидами и учреждением, но не помощь, ориентированную на человека.

Небольшие клиники не столь анонимны, но предоставляемая в них помощь больше похожа на коммерческую или административную сделку, начинающуюся и заканчивающуюся консультацией, чем на быструю реакцию по решению проблемы. В этом отношении частные клиники мало чем отличаются от государственных медицинских центров<sup>64</sup>. В сельских районах стран с низким уровнем доходов работа государственных медицинских центров обычно рассчитана на тесное взаимодействие с обслуживаемым населением. В реальности дела зачастую обстоят иначе. Целевое предоставление ресурсов и персонала под отдельные программы все чаще приводит к фрагментации<sup>109</sup>, в то время как недостаток

### Вставка 3.5 Использование информационно-коммуникационных технологий для расширения доступа и повышения качества и эффективности первичной медико-санитарной помощи

Информационно-коммуникационные технологии обеспечивают жителям отдаленных и плохо обслуживаемых районов доступ к услугам и профессиональной помощи, которыми иначе они не могли бы воспользоваться, особенно в странах с неравномерным распределением или хроническим недостатком врачей, младшего и среднего медицинского персонала или в регионах, где доступ к медицинским учреждениям и консультациям специалистов требует переездов на длительные расстояния. В таких условиях задача расширения доступа к медицинскому обслуживанию стимулирует внедрение дистанционных технологий диагностики, обследования и консультирования. Ярким примером является применяемая в Чили практика немедленной передачи электрокардиограмм при подозрении на инфаркт миокарда: обследование проводится в амбулаторных условиях, и данные направляются в национальный кардиологический центр, специалисты которого подтверждают диагноз по факсу или электронной почте. Такая дистанционная консультация специалистов позволяет оперативно назначить необходимое лечение, что раньше было невозможно. Ключевым фактором этого прорыва является интернет, а также телефонная связь, которые стали доступны всем медицинским учреждениям в стране.

Еще одним положительным результатом использования информационно-коммуникационных технологий при оказании первичной медицинской помощи стало повышение качества услуг. Учреждения здравоохранения не только стремятся к тому, чтобы предоставить более качественную медицинскую помощь, они стараются сделать ее более безопасной. В этом практикующим врачам, работающим в самых разных условиях, помогают такие средства, как электронные медицинские карты, компьютеризированные системы назначения препаратов и принятия клинических решений. Например, в одной из деревень на западе Кении интеграция данных электронных медицинских карт, результатов лабораторных исследований, информации о закупке препаратов и медицинской отчетности позволила значительно снизить объем технических работ и число ошибок, а также улучшить качество послебольничного лечения.

По мере роста стоимости медицинского обслуживания информационно-коммуникационные технологии создают новые возможности для индивидуальной, ориентированной на пациента и уход на дому медицинской помощи. В этих целях были вложены значительные средства в исследование и разработку ориентированных на потребителя приложений. В Кейптауне, ЮАР, “служба указаний по соблюдению режима лечения” вводит фамилии и номера мобильных телефонов (предоставляемых клиниками) пациентов, страдающих туберкулезом, в базу данных. Каждый полчаса сервер просматривает базу данных и направляет SMS-сообщения пациентам с напоминанием о необходимости принять лекарство. Это малозатратная и очень надежная технология. Показатели эффективности лечения и его завершения практически такие же, что и у пациентов, проходящих краткосрочный курс противотуберкулезной терапии под прямым наблюдением, но затраты пациента и клиники при этом значительно ниже, кроме того, это гораздо меньше отвлекает пациента от повседневных забот в отличие от посещения клиники<sup>100</sup>. В русле той же самой концепции поддержания образа жизни, при котором необходима первичная медицинская помощь, в Нидерландах была принята инновационная коммунальная программа, в рамках которой средства коммуникации и мониторинга встраиваются в систему “умный дом” в квартирах пожилых людей. Эта система позволяет снизить количество посещений клиник и облегчает жизнь пациентов, страдающих хроническими заболеваниями, при которых требуются частые визиты к врачу и корректировка назначений препаратов.

Многие врачи-клиницисты, стремящиеся добиться результатов в лечебно-профилактической работе, возлагают большие надежды на интернет как на механизм получения медицинской консультации, дополняющей или заменяющей посещение врача-профессионала. Новые приложения, услуги и доступ к информации навсегда изменили взаимоотношения между потребителями и работниками здравоохранения, напрямую предоставив людям соответствующие знания.



**Таблица 3.5** Привычная точка доступа: повышение качества и результативности медицинской помощи

Рост удовлетворенности услугами – Weiss (1996 г.) <sup>116</sup> , Rosenblatt (1998 г.) <sup>117</sup> , Freeman (1997 г.) <sup>124</sup> , Miller (2000 г.) <sup>125</sup>
Более охотное выполнение предписаний и снижение показателей госпитализации – Weiss (1996 г.) <sup>116</sup> , Rosenblatt (1998 г.) <sup>117</sup> , Freeman (1997 г.) <sup>124</sup> , Mainous (1998 г.) <sup>126</sup>
Более редкие обращения к специалистам и в службы скорой помощи – Starfield (1998 г.) <sup>82</sup> , Parchman (1994 г.) <sup>127</sup> , Hurley (1989 г.) <sup>128</sup> , Martin (1989 г.) <sup>129</sup> , Gadamski (1998 г.) <sup>130</sup>
Более редкие консультации специалистов – Hurley (1989 г.) <sup>128</sup> , Martin (1989 г.) <sup>129</sup>
Более эффективное использование ресурсов – Forrest (1996 г.) <sup>82</sup> , Forrest (1998 г.) <sup>95</sup> , Hjortdahl (1991 г.) <sup>131</sup> , Roos (1998 г.) <sup>132</sup>
Более глубокое понимание психологических аспектов проблемы пациента – Gulbrandsen (1997 г.) <sup>55</sup>
Более эффективная профилактическая работа среди подростков – Ryan (2001 г.) <sup>133</sup>
Защита от избыточного лечения – Schoen (2007 г.) <sup>134</sup>

средств, обнищание медицинского персонала и широко распространенная коммерциализация всячески препятствуют формированию таких отношений<sup>110</sup>. Имеется множество примеров, свидетельствующих об обратном, однако связи между поставщиками услуг и их клиентами, особенно из бедных слоев, не способствуют выстраиванию отношений на основе взаимопонимания, сочувствия и доверия<sup>62</sup>.

Формирование устойчивых отношений требует времени. Согласно исследованиям, требуется от двух до пяти лет, чтобы потенциал таких отношений развился в полной мере<sup>84</sup>, однако, как видно на примере медицинского центра на Аляске, упомянутого в начале этой главы, это кардинально меняет характер предоставляемой помощи. Доступ к одной и той же группе врачей в течение длительного времени способствует развитию доверительных отношений между пациентом и доктором<sup>97, 111, 112</sup>. Профессионалы-медики с большей вероятностью начинают проявлять уважение и понимание к пациенту, с которым они давно знакомы, в результате чего развивается более позитивное сотрудничество и качественное общение<sup>113</sup>. Им легче понять и предвидеть трудности в обеспечении непрерывности помощи, следить за ходом лечения и оценивать то, как болезнь или инвалидность сказывается

на повседневной жизни пациента. Уделяя больше внимания обстоятельствам жизни людей, врачи могут адаптировать медицинскую помощь к конкретным потребностям индивида и выявить медицинские проблемы на ранних этапах.

Это не просто вопрос доверительных отношений и удовлетворенности пациента, как бы важно это ни было<sup>114, 115</sup>. В конечном счете речь идет о более высоком качестве и результативности медицинской помощи (таблица 3.5). Пациенты, которые со всеми своими проблемами обращаются к одному источнику помощи, как правило, охотнее следуют полученным рекомендациям, реже нуждаются в госпитализации и больше удовлетворены обслуживанием<sup>98, 116, 117, 118</sup>. Медицинские учреждения экономят консультационное время, сокращают количество лабораторных исследований и снижают расходы<sup>95, 119, 120</sup>, а также расширяют использование профилактических мероприятий<sup>121</sup>. Мотивация усиливается благодаря признанию населения. Тем не менее даже самые преданные делу профессионалы не сразу начинают использовать эти возможности<sup>122, 123</sup>. Контакты между населением и службами здравоохранения следует выстраивать таким образом, чтобы это становилось не только возможным, но и наиболее вероятным методом действий.

### Создание сети учреждений первичной помощи

Медицинское учреждение, оказывающее первичную амбулаторную помощь в случае заболевания и связанных с ним проблем, должно предоставлять полный спектр комплексных диагностических, лечебных, реабилитационных и паллиативных услуг. В отличие от большинства традиционных моделей оказания медицинской помощи, предлагаемые услуги должны включать меры по профилактике и укреплению здоровья, а также усилия по борьбе на местах с факторами, способствующими ухудшению здоровья. Важнейшим условием налаживания тесных, устойчивых отношений между поставщиком услуг и обслуживаемым населением является учет личных и социальных обстоятельств пациентов и их семей, что гарантирует непрерывность предоставления услуг как во времени, так и при смене медицинских учреждений.

Для того чтобы трансформировать традиционные медицинские учреждения в службы первичной помощи, то есть гарантировать должное внимание описанным выше принципам, их следует реорганизовать. Предварительным условием для этого является обеспечение прямого и постоянного доступа, отказ от неоправданного

использования платных услуг, а также обеспечение социальной защиты, предусмотренной программами всеобщего охвата населения медицинской помощью. Однако трансформация традиционной помощи – амбулаторной, стационарной, общего профиля и специализированной – в местные сети центров первичной помощи требует осуществления целого ряда других мер<sup>135, 136, 137, 138, 139, 140</sup>.

- приблизить помощь к людям, разместить медицинские учреждения в непосредственной близости от общины и обеспечить прямое взаимодействие с ней, переместив точку доступа в систему здравоохранения из больниц и кабинетов специалистов в расположенные рядом с клиентом центры первичной помощи общего профиля;
- возложить на поставщиков медицинских услуг всю полноту ответственности за состояние здоровья определенной группы населения – как больных, так и здоровых, тех, кто обращается за консультациями, и тех, кто этого не делает;
- усилить роль поставщиков первичной помощи в качестве координаторов взаимодействия с другими уровнями медицинской помощи, наделив их административными полномочиями и покупательной способностью.

### Приблизить помощь к людям

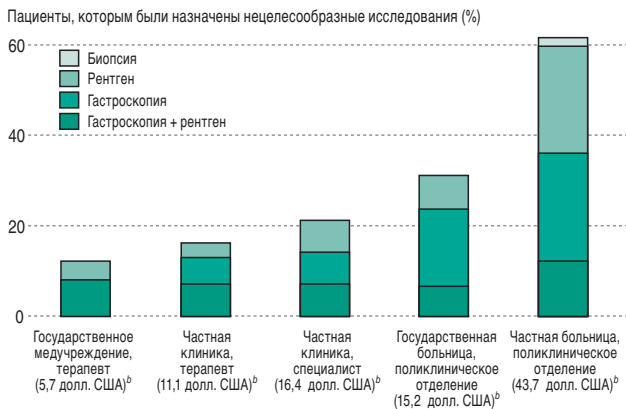
Первым шагом должно стать перемещение точки доступа в систему здравоохранения из специализированных клиник, поликлинических отделений больниц и служб скорой помощи в расположенные рядом с клиентом амбулаторные учреждения общего профиля. Имеется все

больше свидетельств того, что такое перемещение приносит поддающиеся измерению положительные результаты с точки зрения облегчения страданий, профилактики заболеваний и предотвращения смертных случаев, а также достижения большего равенства в уровне здоровья. Эти выводы подтверждены как национальными, так и межнациональными исследованиями, даже если не все из принципов первичной помощи вполне реализованы<sup>31</sup>.

В амбулаторных учреждениях общего профиля наиболее распространенные угрожающие жизни заболевания выявляются чаще или так же часто, как в специализированных службах<sup>141, 142</sup>. Врачи общего профиля придерживаются тех же принципов клинической практики, что и специалисты<sup>143</sup>, но реже к ним прибегают<sup>144, 145</sup>. Они назначают меньше инвазивных процедур<sup>146, 147, 148, 149</sup>, реже госпитализируют пациентов и на более короткие сроки<sup>127, 133, 149</sup>, уделяя гораздо большее внимание профилактическим мерам<sup>133, 150</sup>. Это приводит к снижению общих затрат на медицинские услуги<sup>82</sup> на фоне одинаковых результатов лечения<sup>146, 151, 152, 153, 154, 155</sup> и более высокой удовлетворенности пациентов<sup>125, 150, 156</sup>. Сравнение данных по странам с высоким уровнем доходов показывает, что увеличение числа врачей общего профиля, работающих в амбулаторных учреждениях, сопровождается снижением общих затрат и повышением качества услуг<sup>157</sup>. В странах же, где упор по-прежнему делается на специализированную помощь, показатели результативности, измеренные на уровне населения, не растут или даже снижаются, в то время как фрагментация помощи усиливает неудовлетворенность пользователей и увеличивает и без того углубляющийся разрыв между учреждениями здравоохранения и социальными службами<sup>157, 158, 159</sup>. Информацию по странам со средним и низким уровнем доходов получить сложнее<sup>160</sup>, однако, судя по всему, ситуация там складывается аналогичным образом. Согласно некоторым оценкам, в странах Латинской Америки и Карибского бассейна более активное использование врачей общей практики позволило бы избежать каждого второго случая госпитализации<sup>161</sup>. В Таиланде амбулаторная помощь общего профиля за пределами больниц оказалась более оперативной и ориентированной на пациента, а также менее затратной и позволяющей избежать избыточных назначений<sup>162</sup> (см. рис. 3.4).

Перемещение точки доступа в систему здравоохранения из специализированных больниц в амбулаторные учреждения общего профиля создает предпосылки для более всесторонней, непре-

**Рисунок 3.4** Нецелесообразные исследования, назначенные моделируемым пациентам в Таиланде, жаловавшимся на незначительную боль в животе<sup>a, b, 162</sup>



<sup>a</sup> Наблюдение проведено в 2000 году, до введения в Таиланде системы всеобщего охвата населения.

<sup>b</sup> Расходы пациента, включая гонорар врача, стоимость лекарств и лабораторных и технических исследований.



рывной и ориентированной на пациента помощи, усиливая преимущества такого перемещения. В особенности это касается случаев, когда услуги оказываются на базе плотной сети небольших пунктов, расположенных в непосредственной близости от населения. Это позволяет создавать бригады, достаточно небольшие, чтобы хорошо знать жителей обслуживаемых ими общин и быть известными среди общины, и достаточно стабильные, чтобы установить прочные отношения с населением. Такие бригады должны уметь выстраивать отношения и иметь хорошие организационные навыки, а также обладать техническими знаниями для решения большинства вопросов медицинской помощи на местном уровне.

### Ответственность за определенную группу населения

В случае традиционной амбулаторной помощи поставщик услуг принимает на себя ответственность за лицо, пришедшее на консультацию, только на время приема, и в лучшем случае такая ответственность может предполагать обеспечение непрерывности помощи. При таком пассивном подходе, выражающемся в удовлетворении существующего спроса, значительное число нуждающихся в помощи пациентов остаются неохваченными ею. Есть люди, которые по различным причинам не имеют доступа к услугам или чувствуют себя отрезанными от такого доступа и поэтому не обращаются за медицинской помощью, даже когда в ней нуждаются. Есть люди, страдающие от заболеваний, но откладывающие посещение врача. Многие находятся в группах риска и нуждаются в обследовании или профилактическом лечении (например, по поводу рака шейки матки или детского ожирения), но оказываются неохваченными такими программами, потому что не посещают врача: когда профилактические услуги носят ограниченный характер, ими не могут воспользоваться те, кто больше всех в них нуждается<sup>163</sup>. У пассивного подхода есть еще одно нежелательное последствие: при нем совершенно игнорируются местные факторы, способствующие ухудшению здоровья – социальные, экологические или связанные с условиями труда. Все это представляет собой утраченные возможности успешной охраны здоровья, так как поставщики медицинских услуг, которые берут на себя ответственность лишь за своих клиентов, занимаются только лечением, а не поддержанием и укреплением здоровья.

Альтернативный подход подразумевает, что на каждую бригаду первичной помощи возлагается

четко сформулированная ответственность за определенную общину или группу населения. Таким образом, они будут нести ответственность путем использования административных мер или на основании положений контракта за предоставление всесторонней, непрерывной и ориентированной на пациента медицинской помощи населению, а также за мобилизацию комплекса вспомогательных услуг – от оздоровительных мероприятий до паллиативного ухода. Самым простым способом определения такой ответственности является выделение обслуживаемой группы населения по территориальному принципу – классический подход в сельских районах. Простота территориального принципа на самом деле обманчива. Он следует административной логике государственного сектора, который зачастую не может адаптироваться к возникновению многочисленных альтернативных поставщиков услуг. Кроме того, административная территория может не совпадать с социологической реальностью, особенно в городских районах, жители которых отличаются высокой мобильностью и работают совсем не там, где живут, что делает медицинский центр вблизи от дома неудобным для посещения. Кроме того, пациенты ценят возможность выбора и могут выражать недовольство прикреплением к определенному медицинскому учреждению. В некоторых странах наиболее целесообразным для определения обслуживаемой группы населения считается критерий территориальной близости, в то время как в других действует принцип активной регистрации или составляются списки пациентов. В данном случае важно не то, как именно определяется группа населения, а насколько хорошо механизм определения группы гарантирует, что ни один из ее членов не остался за пределами внимания медицинского учреждения.

Как только устанавливается четко сформулированная всесторонняя ответственность за состояние здоровья конкретной группы населения и вырабатываются соответствующие механизмы финансовой и административной отчетности, правила меняются.

■ Бригада первичной помощи должна расширить портфель предлагаемой помощи, разрабатывая мероприятия и программы, направленные на повышение результативности, которыми в других случаях они могли бы пренебречь<sup>164</sup>. Это приводит к необходимости инвестиций в профилактические и оздоровительные мероприятия, а также к охвату областей, которым обычно не уделяется внимание, например здравоохранение в школах и на производстве.

Это заставляет бригады первичной помощи поддерживать связь с организациями и частными лицами в местной общине, в частности с добровольцами и общественными медработниками, которые служат посредниками между врачами и пациентами, или мобилизовать группы активистов, социальных работников, группы самопомощи и т. п.

- Это заставляет бригаду выйти за пределы врачебного кабинета и работать со всем населением. Положительные последствия для здравоохранения могут в этом случае быть весьма значительными. Например, было установлено, что крупномасштабные программы, предусматривающие посещения на дому и мобилизацию населения, эффективно уменьшают факторы риска младенческой смертности и число фактических случаев смерти. В некоторых группах населения в США младенческая смертность снизилась на 60% в результате реализации таких программ<sup>165</sup>. Частично это объясняется тем, что доступ к эффективной помощи теперь получили лица, которые прежде были его лишены. В Непале, например, активность женских общественных организаций способствовала более широкому охвату населения медицинской помощью, что позволило сократить младенческую и материнскую смертность на 29 и 80% соответственно, по сравнению с контрольными группами<sup>166</sup>.
- Бригаде также придется оказывать адресную помощь в сотрудничестве с другими секторами, с тем чтобы охватить маргинализированные и неохваченные группы населения, а также решать более широкий круг проблем, ведущих к ухудшению здоровья. Как показано в главе 2, это необходимое условие достижения всеобщего охвата медицинской помощью, и именно здесь местные службы здравоохранения играют ключевую роль. Жаркое лето 2003 года в Западной Европе, например, убедительно показало важность работы с одинокими пожилыми людьми и драматические последствия отсутствия такой работы: избыточная смертность составила более 50 тыс. случаев<sup>167</sup>.

Как для отдельных пациентов, так и для общин формальная связь с известным им источником медицинской помощи увеличивает вероятность формирования долгосрочных отношений, усиления внимания со стороны медицинских служб к определению основных принципов первичной помощи, а также создания более четких каналов связи. В то же время возможна формализация

связей с другими уровнями медицинской помощи – специалистами, больницами и техническими службами, а также с социальными службами.

### **Бригада первичной помощи как координационный центр**

Бригады первичной помощи не смогут обеспечить всестороннюю ответственность за вверенное им население без поддержки со стороны специализированных служб, организаций и учреждений, находящихся за пределами обслуживаемой общины. При ограниченных ресурсах такие источники поддержки, как правило, сосредоточены в «районных лечебно-диагностических центрах первого уровня». В классическом виде систему здравоохранения, основанную на первичной медико-санитарной помощи, можно представить в виде пирамиды, состоящей из районной больницы на вершине и ряда центров здравоохранения, которые направляют пациентов в более компетентное лечебное учреждение.

В обычных условиях врачи, оказывающие амбулаторную помощь, практически не влияют на то, каким образом больницы и специализированные службы способствуют – или не способствуют – улучшению здоровья их пациентов, и не склонны взаимодействовать с другими учреждениями и заинтересованными сторонами, от которых зависит уровень здоровья населения. Эта ситуация изменится, если возложить на них ответственность за определенную группу населения и признать учреждения первичной помощи в качестве официальной точки доступа в систему здравоохранения для этой части населения. По мере расширения сети медицинских учреждений сектор здравоохранения становится более разнообразным и пополняется новыми участниками. Диверсификация становится возможной благодаря увеличению ресурсов: комплекс доступных специализированных служб может включать службу скорой помощи, специалистов, диагностическую инфраструктуру, центры диализа и обследований на выявление онкологических заболеваний, специалистов по охране окружающей среды, лечебные учреждения для хронических больных, аптеки и т. п. Это открывает новые возможности при условии, что бригады первичной помощи помогут вверенной им общине использовать указанный потенциал, что особенно важно для физического и психического здоровья населения и долгосрочной медицинской помощи<sup>168</sup>.

Вытекающая из вышесказанного координационная роль (кураторство) превращает пирамиду



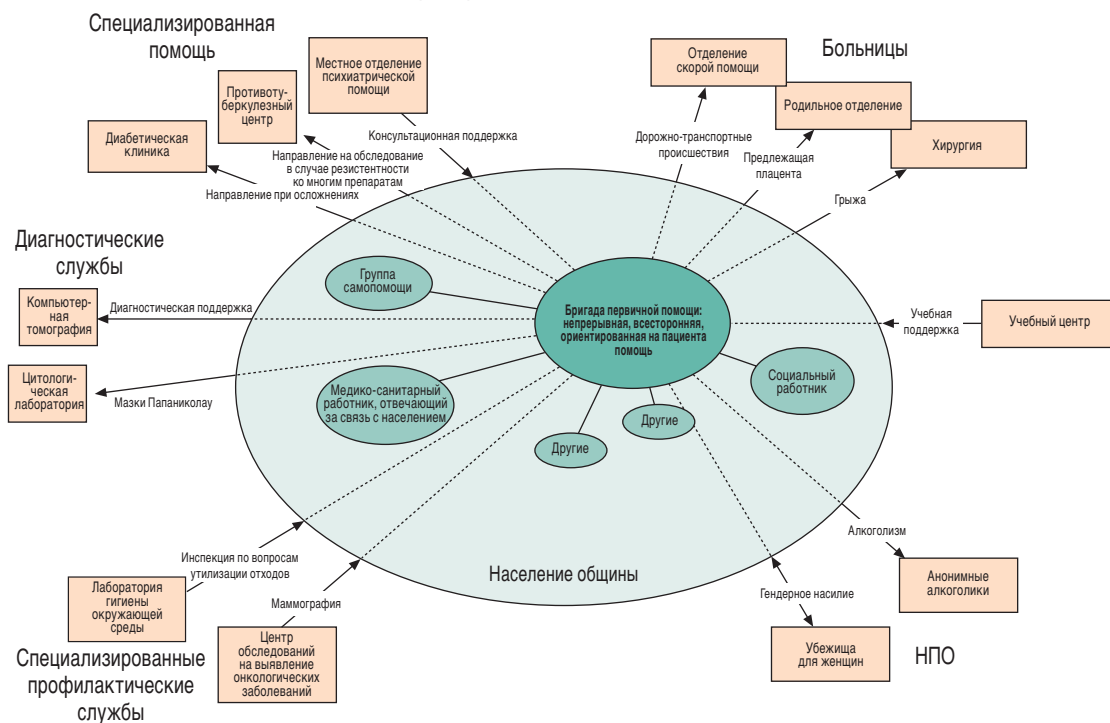
в сеть, в рамках которой отношения между бригадой первичной помощи и другими учреждениями и службами основаны не на иерархическом подчинении и направлении пациентов в вышестоящие лечебные учреждения, а на сотрудничестве и координации деятельности (рис. 3.5). Бригада первичной помощи становится в этом случае посредником между общиной и другими уровнями системы здравоохранения, помогая пациентам ориентироваться в лабиринте медицинских служб и мобилизуя поддержку других учреждений, направляя туда больных или приглашая специалистов.

Эта координирующая и посредническая роль распространяется на сотрудничество с другими типами организаций, в том числе и неправительственными. Последние могут оказать учреждениям первичной помощи существенную поддержку. Они могут способствовать распространению среди населения знаний о своих правах и о том, как избежать получения некачественных медицинских услуг<sup>169, 170</sup>. Независимые организации, рассматривающие жалобы населения или занимающиеся защитой прав потребителей, могут помочь пользователям правильно составлять и адресовать претензии. Кроме того, во многих странах имеются многочисленные группы

самопомощи и поддержки для диабетиков, инвалидов и хронических больных, которые обучают людей приемам самопомощи<sup>171</sup>. Только в Соединенных Штатах группы самопомощи объединяют пять миллионов человек, а во многих странах с низким и средним уровнем доходов в последние годы растет число организаций гражданского общества, занимающихся охраной здоровья и связанными с этим проблемами, от самопомощи до защиты прав человека. Их деятельность гораздо шире, чем простое распространение знаний среди населения. Они помогают людям взять на себя ответственность за свою ситуацию, улучшить состояние здоровья, научиться эффективнее справляться с заболеваниями, поверить в свои силы и снизить зависимость от чрезмерных назначений<sup>172</sup>. Усилить влияние бригад первичной помощи можно только за счет связей с такими группами.

В случае, когда бригады первичной помощи могут взять на себя координирующую функцию, их работа становится более привлекательной и приносящей удовлетворение, а общее воздействие на уровень здоровья – положительным. Число госпитализаций и обращений к специалистам снижается за счет отсева пациентов, которые в этом не нуждаются, сокращается время

**Рисунок 3.5** Первичная помощь как координационный центр: взаимодействие внутри обслуживаемой общины и с внешними партнерами<sup>173, 174</sup>



ожидания для тех, кто действительно нуждается в консультации специалиста, срок пребывания в больнице сокращается, улучшается качество послебольничного наблюдения<sup>83, 128, 129</sup>.

Координирующая функция создает институциональную базу для мобилизации всех секторов в целях охраны здоровья местного населения. Это не дополнительная, а одна из главных функций бригад первичной помощи. С точки зрения стратегии это важно потому, что разговоры о координации так и останутся разговорами, если бригада первичной помощи будет лишена административных или финансовых рычагов. Координация также зависит от признания различными институтами ключевой роли бригад первичной помощи. Существующая система профессионального образования, кадровая структура и механизмы оплаты труда зачастую свидетельствуют об обратном. Борьба с такими серьезными препятствиями на пути развития первичной помощи требует политической воли руководства.

## Мониторинг прогресса

Переход от традиционной модели к первичной помощи представляет собой сложный процесс, который нельзя мерить общими мерками. Только в последние годы появилась возможность разобратся в положительных результатах, которые дают различные аспекты первичной помощи. Это отчасти следствие того, что на определение характеристик, которые отличают первичную помощь от традиционной модели предоставления услуг, потребовались годы проб и ошибок, а инструменты для такой оценки вообще не существовали. Это объясняется также тем, что эти принципы первичной помощи никогда не реализовывались в виде единого пакета реформ, а стали результатом постепенного изменения и перестройки системы здравоохранения. Тем не менее, несмотря на всю сложность задачи, можно попытаться оценить успехи в этом направлении и дополнить оценку достижения всеобщего охвата населения медицинской помощью.

Первый критерий – степень реализации организационных мер, требующихся для перехода к системе первичной помощи.

- К кому пациент приходит при первом обращении – к специалистам, в больницу или в бригаду первой помощи общей практики по месту проживания?
- Несут ли поставщики услуг первичной помощи ответственность за состояние здоровья всех членов определенной группы населения, как тех, кто посещает врачей, так и тех, кто не обращается в медицинские учреждения?

- Наделены ли поставщики первичной помощи полномочиями координировать различную деятельность специализированных, больничных и социальных служб посредством усиления их административных полномочий и покупательной способности?

Второй критерий – степень распространения характерных для первичной помощи принципов.

- Ориентированность на пациента: можно ли на основании непосредственных наблюдений и обследования пользователей говорить об улучшении ситуации?
- Всесторонний характер: расширяется ли портфель услуг первичной помощи, приобретает ли он всесторонний характер, охватывая все основные преимущества от внедрения новой модели – от профилактики до паллиативного ухода – для всех возрастных групп?
- Непрерывность: фиксируется ли информация о пациентах на протяжении их жизни и происходит ли ее передача при направлении пациента в другие учреждения или центры первичной помощи при смене места жительства?
- Постоянная точка доступа: принимаются ли меры для того, чтобы врачи медицинских учреждений хорошо знали своих клиентов и наоборот?

Вышесказанное является руководством для оценки политиками успехов в сфере реформирования услуг здравоохранения. Однако эти критерии еще не дают возможности установить связь между результатами в социальной сфере и в области здравоохранения и конкретными аспектами реформ. В этих целях необходим мониторинг процесса реформ на основе гораздо более интенсивных исследований. Об этом красноречиво свидетельствует Кокрановский обзор, оценивающий стратегии интеграции услуг первичной помощи в странах с низким и средним уровнем доходов, согласно которому только в одном исследовании по данному вопросу учитывалась точка зрения пользователей<sup>160</sup>. Отрадно видеть, что растет число исследований по проблеме первичной помощи в странах с высоким уровнем доходов, а с недавнего времени – в странах со средним уровнем доходов, которые начали крупномасштабные реформы в сфере ПМСП. Тем не менее примечательно, что сектор, на который в настоящее время приходится 8,6% мирового ВВП, так мало инвестирует в исследования двух своих самых эффективных и прибыльных стратегий – первичной помощи и государственной политики, которая ее поддерживает и дополняет.





## Библиография

1. *People at the centre of health care: harmonizing mind and body, people and systems.* New Delhi, World Health Organization Regional Office for South-East Asia, Manila, World Health Organization Regional Office for the Western Pacific, 2007.
2. Osler W. *Aequanimitas.* Philadelphia PA, Blakiston, 1904.
3. Eby D. Primary care at the Alaska Native Medical Centre: a fully deployed "new model" of primary care. *International Journal of Circumpolar Health*, 2007, 66(Suppl. 1):4–13.
4. Eby D. Integrated primary care. *International Journal of Circumpolar Health*, 1998, 57(Suppl. 1):665–667.
5. Gottlieb K, Sylvestre I, Eby D. Transforming your practice: what matters most. *Family Practice Management*, 2008, 15:32–38.
6. Kerssens JJ et al. Comparison of patient evaluations of health care quality in relation to WHO measures of achievement in 12 European countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 2004 82:106–114.
7. Bossyns P, Miye M, Van Lerberghe W. Supply-level measures to increase uptake of family planning services in Niger: the effectiveness of improving responsiveness. *Tropical Medicine and International Health*, 2002, 7:383–390.
8. *The World Health Report 2000 – Health systems: improving performance.* Geneva, World Health Organization, 2000.
9. Mercer SW, Cawston PG, Bikker AP. Quality in general practice consultations: a qualitative study of the views of patients living in an area of high socio-economic deprivation in Scotland. *BMC Family Practice*, 2007, 8:22.
10. Scherger JE. What patients want. *Journal of Family Practice*, 2001, 50:137.
11. Sackett DL et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 1996, 312:71–72.
12. Guyatt G, Cook D, Haynes B. Evidence based medicine has come a long way: The second decade will be as exciting as the first. *BMJ*, 2004, 329:990–991.
13. Cochrane database of systematic reviews. The Cochrane Library, 2008 (<http://www.cochrane.org>, accessed 27 July 2008).
14. Iha A, ed. *Summary of the evidence on patient safety: implications for research.* Geneva, World Health Organization, The Research Priority Setting Working Group of the World Alliance for Patient Safety, 2008.
15. Smith GD, Mertens T. What's said and what's done: the reality of sexually transmitted disease consultations. *Public Health*, 2004, 118:96–103.
16. Berwick DM. The science of improvement. *JAMA*, 2008, 299:1182–1184.
17. Donaldson L, Philip P. Patient safety: a global priority. *Bulletin of the World Health Organization*, 2004, 82:892–893.
18. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. *To err is human: building a safer health system.* Washington, DC, National Academy Press, Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine, 1999.
19. Reason J. Human error: models and management. *BMJ*, 2000, 320:768–770.
20. Kripalani S et al. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. *JAMA*, 2007, 297:831–841.
21. Miller MA, Pisani E. The cost of unsafe injections. *Bulletin of the World Health Organization*, 1999, 77:808–811.
22. *The purpose of a world alliance.* Geneva, World Health Organization, World Alliance for Patient Safety, 2008 (<http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/alliance/en/>, accessed 28 July 2008).
23. Shortell SM, Singer SJ. Improving patient safety by taking systems seriously. *JAMA* 2008, 299:445–447.
24. Das J, Hammer JS, Kenneth LL. *The quality of medical advice in low-income countries.* Washington DC, The World Bank, 2008 (World Bank Policy Research Working Paper No. 4501; <http://ssrn.com/abstract=1089272>, accessed 28 Jul 2008).
25. Schoen C et al. Taking the pulse of health care systems: experiences of patients with health problems in six countries. *Health Affairs*, 2005 (web exclusive W 5-5 0 9 DOI 10.1377/hlthaff.W5.509).
26. Mekbib TA, Teferi B. Caesarean section and foetal outcome at Yekatit 12 hospital, Addis Abba, Ethiopia, 1987-1992. *Ethiopian Medical Journal*, 1994, 32:173–179.
27. Siddiqi S et al. The effectiveness of patient referral in Pakistan. *Health Policy and Planning*, 2001, 16:193–198.
28. Sanders D et al. Zimbabwe's hospital referral system: does it work? *Health Policy and Planning*, 1998, 13:359–370.
29. Data reported at World Aids Day Meeting, Antwerp, Belgium, 2000.
30. *The World Health Report 2005 – Make every mother and child count.* Geneva, World Health Organization, 2005.
31. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contributions of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly*, 2005, 83:457–502.
32. Heise L, Garcia-Moreno C. Intimate partner violence. In: Krug EG et al, eds. *World report on violence and health.* Geneva, World Health Organization, 2002.
33. Ellsberg M et al. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *Lancet*, 2008, 371:1165–1172.
34. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*, 2002, 359:1331–1336.
35. Edleson JL. Children's witnessing of domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 1996, 14: 839–870.
36. Dube SR et al. Exposure to abuse, neglect, and household dysfunction among adults who witnessed intimate partner violence as children: implications for health and social services. *Violence and Victims*, 2002, 17: 3–17.
37. Åsling-Monemi K et al. Violence against women increases the risk of infant and child mortality: a case-referent study in Nicaragua. *Bulletin of the World Health Organization*, 2003, 81:10–18.
38. Bonomi A et al. Intimate partner violence and women's physical, mental and social functioning. *American Journal of Preventive Medicine*, 2006, 30:458–466.
39. National Centre for Injury Prevention and Control. *Costs of intimate partner violence against women in the United States.* Atlanta GA, Centres for Disease Control and Prevention, 2003.
40. Ramsay J et al. Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. *BMJ*, 2002, 325:314–318.
41. Nelson HD et al. Screening women and elderly adults for family and intimate partner violence: a review of the evidence for the U.S. Preventive Services Task force. *Annals of Internal Medicine*, 2004, 140:387–403.
42. Garcia-Moreno C. Dilemmas and opportunities for an appropriate health-service response to violence against women. *Lancet*, 2002, 359:1509–1514.
43. Wathan NC, MacMillan HL. Interventions for violence against women. Scientific review. *JAMA*, 2003, 289:589–600.
44. Sullivan CM, Bybee DI. Reducing violence using community-based advocacy for women with abusive partners. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1999, 67:43–53.
45. Tiwari A et al. A randomized controlled trial of empowerment training for Chinese abused pregnant women in Hong Kong. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2005, 112:1249–1256.
46. Taket A et al. Routinely asking women about domestic violence in health settings. *BMJ*, 2003, 327:673–676.
47. MacDonald R. Time to talk about rape. *BMJ*, 2000, 321:1034–1035.
48. Basile KC, Hertz FM, Back SE. *Intimate partner and sexual violence victimization instruments for use in healthcare settings.* 2008. Atlanta GA, Centers for Disease Control and Prevention, 2008.
49. *Guidelines for the medico-legal care of victims of sexual violence.* Geneva, World Health Organization, 2003.
50. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science and Medicine*, 51:1087–1110.
51. Stewart M. Towards a global definition of patient centred care. *BMJ*, 2001, 322:444–445.
52. Fiscella K et al. Patient trust: is it related to patient-centred behavior of primary care physicians? *Medical Care*, 2004, 42:1049–1055.
53. Marinowitz GJO, Fehrsen GS. *Caring, learning, improving quality and doing research: Different faces of the same process.* Paper presented at: 11th South African Family Practice Congress, Sun City, South Africa, August 1998.
54. Ferrer RL, Hambidge SJ, Maly RC. The essential role of generalists in health care systems. *Annals of Internal Medicine*, 2005, 142:691–699.
55. Gulbrandsen P, Hjortdahl P, Fugelli P. General practitioners' knowledge of their patients' psychosocial problems: multipractice questionnaire survey. *British Medical Journal*, 1997, 314:1014–1018.
56. Jaturapatporn D, Delow A. Does family medicine training in Thailand affect patient satisfaction with primary care doctors? *BMC Family Practice*, 2007, 8:14.
57. Kovess-Masfety V et al. What makes people decide who to turn to when faced with a mental health problem? Results from a French survey. *BMC Public Health*, 2007, 7:188.
58. Bergeson D. A systems approach to patient-centred care. *JAMA*, 2006, 296:23.
59. Kravitz RL et al. Recall of recommendations and adherence to advice among patients with chronic medical conditions. *Archives of Internal Medicine*, 1993, 153:1869–1878.
60. Werner D et al. *Questioning the solution: the politics of primary health care and child survival, with an in-depth critique of oral rehydration therapy.* Palo Alto CA, Health Wrights, 1997.
61. Norris et al. Increasing diabetes self-management education in community settings. A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 2002, 22:39–66.
62. Bossyns P, Van Lerberghe W. The weakest link: competence and prestige as constraints to referral by isolated nurses in rural Niger. *Human Resources for Health*, 2004, 2:1.
63. Willems S et al. Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: does it make a difference. *Patient Education and Counseling*, 2005, 56:139–146.

64. Pongsupap Y. *Introducing a human dimension to Thai health care: the case for family practice*. Brussels, Vrije Universiteit Brussel Press, 2007.
65. *Renewing primary health care in the Americas. A Position paper of the Pan American Health Organization*. Washington DC, Pan American Health Organization, 2007.
66. Penny Simkin, PT. Birth plans: after 25 years, women still want to be heard. *Birth*, 34:49–51.
67. Portela A, Santarelli C. Empowerment of women, men, families and communities: true partners for improving maternal and newborn health. *British Medical Bulletin*, 2003, 67:59–72.
68. Wallerstein N. *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?* Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe 2006 (Health Evidence Network report; (<http://www.euro.who.int/Document/E88086.pdf>, accessed 21-11-07).
69. Diabète-France.com – portail du diabète et des diabétiques en France, 2008 (<http://www.diabete-france.com>, accessed 30 July 2008).
70. Barlow J, Cohen E, Stewart-Brown SSB. Parent training for improving maternal psychosocial health. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2003, (4):CD002020.
71. Ahluwalia I. An evaluation of a community-based approach to safe motherhood in northwestern Tanzania. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2003, 82:231.
72. De la Luz Martinez-Maldonado M, Correa-Muñoz E, Mendoza-Núñez VM. Program of active aging in a rural Mexican community: a qualitative approach. *BMC Public Health*, 2007, 7:276 (DOI:10.1186/1471-2458-7-276).
73. Frenz P. *Innovative practices for intersectoral action on health: a case study of four programs for social equity*. Chilean case study prepared for the CSDH. Santiago, Ministry of Health, Division of Health Planning, Social Determinants of Health Initiative, 2007.
74. Paethayasapaa. Kam Prakard Sitti Pu Pau, 2003? (<http://www.tmc.or.th>, accessed 30 July 2008).
75. Prince M, Livingston G, Katona C. Mental health care for the elderly in low-income countries: a health systems approach. *World Psychiatry*, 2007, 6:5–13.
76. Nanda P. Women's participation in rural credit programmes in Bangladesh and their demand for formal health care: is there a positive impact? *Health Economics*, 1999, 8:415–428.
77. Nakkash R et al. The development of a feasible community-specific cardiovascular disease prevention program: triangulation of methods and sources. *Health Education and Behaviour*, 2003, 30:723–739.
78. Stange KC. The paradox of the parts and the whole in understanding and improving general practice. *International Journal for Quality in Health Care*, 2002, 14:267–268.
79. Gill JM. The structure of primary care: framing a big picture. *Family Medicine*, 2004, 36:65–68.
80. *Pan-Canadian Primary Health Care Indicator Development Project. Pan-Canadian primary health care indicators, Report 1, Volume 1*. Ottawa, Canadian Institute for Health Information 2008 (<http://www.cihi.ca>).
81. Bindman AB et al. Primary care and receipt of preventive services. *Journal of General Internal Medicine*, 1996, 11:269–276.
82. Forrest CB, Starfield B. The effect of first-contact care with primary care clinicians on ambulatory health care expenditures. *Journal of Family Practice*, 1996, 43:40–48.
83. Chande VT, Kinane JM. Role of the primary care provider in expediting children with acute appendicitis. *Achives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 1996, 150:703–706.
84. Starfield B. *Primary care: balancing health needs, services, and technology*. New York, Oxford University Press 1998.
85. Bindman AB et al. Primary care and receipt of preventive services. *Journal of General Internal Medicine*, 1996, 11:269–276.
86. Shea S et al. Predisposing factors for severe, uncontrolled hypertension in an inner-city minority population. *New England Journal of Medicine*, 1992, 327:776–781.
87. Galobardes B, Lynch JW, Davey Smith G. Is the association between childhood socioeconomic circumstances and cause-specific mortality established? Update of a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2008, 62:387–390.
88. *Guide to clinical preventive services, 2007*. Rockville MD, Agency for Healthcare Research and Quality, 2007 (AHRQ Publication No. 07-05100; <http://www.ahrq.gov/clinic/pocketgd.htm>).
89. Porignon D et al. *Comprehensive is effective: vaccination coverage and health system performance in Sub-Saharan Africa*, 2008 (forthcoming).
90. Shi L et al. The relationship between primary care, income inequality, and mortality in the United States, 1980–1995. *Journal of the American Board of Family Practice*, 2003, 16:412–422.
91. Franks P, Fiscella K. Primary care physicians and specialists as personal physicians. Health care expenditures and mortality experience. *Journal of Family Practice*, 1998, 47:105–109.
92. Villalbi JR et al. An evaluation of the impact of primary care reform on health. *Atenci on Primaria*, 1999, 24:468–474.
93. *Regional core health data initiative*. Washington DC, Pan American Health Organization, 2005 (<http://www.paho.org/English/SHA/coredata/tabulador/newTabulador.htm>).
94. Weinick RM, Krauss NA. Racial/ethnic differences in children's access to care. *American Journal of Public Health*, 2000, 90:1771–1774.
95. Forrest CB, Starfield B. Entry into primary care and continuity: the effects of access. *American Journal of Public Health*, 1998, 88:1330–1336.
96. Weinberger M, Oddone EZ, Henderson WG. Does increased access to primary care reduce hospital readmissions? For The Veterans Affairs Cooperative Study Group on Primary Care and Hospital Readmission. *New England Journal of Medicine*, 1996, 334:1441–1447.
97. Woodward CA et al. What is important to continuity in home care? Perspectives of key stakeholders. *Social Science and Medicine*, 2004, 58:177–192.
98. Gill JM, Mainous AGI, Nsereko M. The effect of continuity of care on emergency department use. *Archives of Family Medicine*, 2000, 9:333–338.
99. Rothwell P. Subgroup analysis in randomised controlled trials: importance, indications, and interpretation. *Lancet*, 2005, 365:176–186.
100. Kravitz RL, Duan N, Braslow J. Evidence-based medicine, heterogeneity of treatment effects, and the trouble with averages. *The Milbank Quarterly*, 2004, 82:661–687.
101. Stiell A. et al. Prevalence of information gaps in the emergency department and the effect on patient outcomes. *Canadian Medical Association Journal*, 2003, 169:1023–1028.
102. Smith PC et al. Missing clinical information during primary care visits. *JAMA*, 2005, 293:565–571.
103. Elder NC, Vonder Meulen MB, Cassidy A. The identification of medical errors by family physicians during outpatient visits. *Annals of Family Medicine*, 2004, 2:125–129.
104. Elwyn G. Safety from numbers: identifying drug related morbidity using electronic records in primary care. *Quality and Safety in Health Care*, 2004, 13:170–171.
105. Open Medical Records System (OpenMRS) [online database]. Cape Town, South African Medical Research Council, 2008 (<http://openmrs.org/wiki/OpenMRS>, accessed 29 July 2008).
106. Hüslér J, Peters T. *Evaluation of the On Cue Compliance Service pilot: testing the use of SMS reminders in the treatment of tuberculosis in Cape Town, South Africa. Prepared for the City of Cape Town Health Directorate and the International Development Research Council (IDRC)*. Cape Town, Bridges Organization, 2005.
107. Smith-Rohrberg Maru D et al. Poor follow-up rates at a self-pay northern Indian tertiary AIDS clinic. *International Journal for Equity in Health*, 2007, 6:14.
108. Busse R, Schlette S, eds. *Focus on prevention, health and aging, and health professions*. Gütersloh, Verlag Bertelsmann Stiftung, 2007 (Health policy developments 78).
109. James Pfeiffer International. NGOs and primary health care in Mozambique: the need for a new model of collaboration. *Social Science and Medicine*, 2003, 56:725–738.
110. Jaffré Y, Olivier de Sardan J-P. *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Paris, Karthala, 2003.
111. Naithani S, Gulliford M, Morgan M. Patients' perceptions and experiences of "continuity of care" in diabetes. *Health Expectations*, 2006, 9:118–129.
112. Schoenbaum SC. The medical home: a practical way to improve care and cut costs. *Medscape Journal of Medicine*, 2007, 9:28.
113. Beach MC. Are physicians' attitudes of respect accurately perceived by patients and associated with more positive communication behaviors? *Patient Education and Counselling*, 2006, 62:347–354 (Epub 2006 Jul 21).
114. Farmer JE et al. Comprehensive primary care for children with special health care needs in rural areas. *Pediatrics*, 2005, 116:649–656.
115. Pongsupap Y, Van Lerberghe W. Patient experience with self-styled family practices and conventional primary care in Thailand. *Asia Pacific Family Medicine Journal*, 2006, Vol 5.
116. Weiss LJ, Blustein J. Faithful patients: the effect of long term physician-patient relationships on the costs and use of health care by older Americans. *American Journal of Public Health*, 1996, 86:1742–1747.
117. Rosenblatt RL et al. The generalist role of specialty physicians: is there a hidden system of primary care? *JAMA*, 1998, 279:1364–1370.
118. Kempe A et al. Quality of care and use of the medical home in a state-funded capitated primary care plan for low-income children. *Pediatrics*, 2000, 105:1020–1028.
119. Raddish MS et al. Continuity of care: is it cost effective? *American Journal of Managed Care*, 1999, 5:727–734.
120. De Maeseener JM et al. Provider continuity in family medicine: does it make a difference for total health care costs? *Annals of Family Medicine*, 2003, 1:131–133.
121. Saver B. Financing and organization findings brief. *Academy for Research and Health Care Policy*, 2002, 5:1–2.
122. Tudiver F, Herbert C, Goel V. Why don't family physicians follow clinical practice guidelines for cancer screening? *Canadian Medical Association Journal*, 1998, 159:797–798.
123. Oxman AD et al. No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *Canadian Medical Association Journal*, 1995, 153:1423–1431.

124. Freeman G, Hjortdahl P. What future for continuity of care in general practice? *British Medical Journal*, 1997, 314: 1870–1873.
125. Miller MR et al. Parental preferences for primary and specialty care collaboration in the management of teenagers with congenital heart disease. *Pediatrics*, 2000, 106:264–269.
126. Mainous AG III, Gill JM. The importance of continuity of care in the likelihood of future hospitalization: is site of care equivalent to a primary clinician? *American Journal of Public Health*, 1998, 88:1539–1541.
127. Parchman ML, Culler SD. Primary care physicians and avoidable hospitalizations. *Journal of Family Practice*, 1994, 39:123–128.
128. Hurley RE, Freund DA, Taylor DE. Emergency room use and primary care case management: evidence from four medicaid demonstration programs. *American Journal of Public Health*, 1989, 79: 834–836.
129. Martin DP et al. Effect of a gatekeeper plan on health services use and charges: a randomized trial. *American Journal of Public Health*, 1989, 79:1628–1632.
130. Gadoski A, Jenkins P, Nichols M. Impact of a Medicaid Primary Care Provider and Preventive Care on pediatric hospitalization. *Pediatrics*, 1998, 101:E1 (<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/101/3/e1>, accessed 29 July 2008).
131. Hjortdahl P, Borchgrevink CF. Continuity of care: influence of general practitioners' knowledge about their patients on use of resources in consultations. *British Medical Journal*, 1991, 303:1181–1184.
132. Roos NP, Carriere KC, Friesen D. Factors influencing the frequency of visits by hypertensive patients to primary care physicians in Winnipeg. *Canadian Medical Association Journal*, 1998, 159:777–783.
133. Ryan S et al. The effects of regular source of care and health need on medical care use among rural adolescents. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 2001, 155:184–190.
134. Schoen C et al. Towards higher-performance health systems: adults' health care experiences in seven countries, 2007. *Health Affairs*, 2007, 26:w717–w734.
135. Saltman R, Rico A, Boerma W, eds. *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care*. Maidenhead, England, Open University Press, 2006 (European Observatory on Health Systems and Policies Series).
136. Nutting PA. Population-based family practice: the next challenge of primary care. *Journal of Family Practice*, 1987, 24:83–88.
137. *Strategies for population health: investing in the health of Canadians*. Ottawa, Health Canada, Advisory Committee on Population Health, 1994.
138. Lasker R. *Medicine and public health: the power of collaboration*. New York, New York Academy of Medicine, 1997.
139. Longlett SK, Kruse JE, Wesley RM. Community-oriented primary care: historical perspective. *Journal of the American Board of Family Practice*, 2001, 14:54–563.
140. *Improving health for New Zealanders by investing in primary health care*. Wellington, National Health Committee, 2000.
141. Provenzale D et al. Gastroenterologist specialist care and care provided by generalists – an evaluation of effectiveness and efficiency. *American Journal of Gastroenterology*, 2003, 98:21–8.
142. Smetana GW et al. A comparison of outcomes resulting from generalist vs specialist care for a single discrete medical condition: a systematic review and methodologic critique. *Archives of Internal Medicine*, 2007, 167:10–20.
143. Beck CA et al. Discharge prescriptions following admission for acute myocardial infarction at tertiary care and community hospitals in Quebec. *Canadian Journal of Cardiology*, 2001, 17:33–40.
144. Fendrick AM, Hirth RA, Chernew ME. Differences between generalist and specialist physicians regarding *Helicobacter pylori* and peptic ulcer disease. *American Journal of Gastroenterology*, 1996, 91:1544–1548.
145. Zoorob RJ et al. Practice patterns for peptic ulcer disease: are family physicians testing for *H. pylori*? *Helicobacter*, 1999, 4:243–248.
146. Rose JH et al. Generalists and oncologists show similar care practices and outcomes for hospitalized late-stage cancer patients. For SUPPORT Investigators (Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks for Treatment). *Medical Care*, 2000, 38:1103–1118.
147. Krikke EH, Bell NR. Relation of family physician or specialist care to obstetric interventions and outcomes in patients at low risk: a western Canadian cohort study. *Canadian Medical Association Journal*, 1989, 140:637–643.
148. MacDonald SE, Voaklander K, Birtwhistle RV. A comparison of family physicians' and obstetricians' intrapartum management of low-risk pregnancies. *Journal of Family Practice*, 1993, 37:457–462.
149. Abyad A, Homsy R. A comparison of pregnancy care delivered by family physicians versus obstetricians in Lebanon. *Family Medicine*, 1993 25:465–470.
150. Grunfeld E et al. Comparison of breast cancer patient satisfaction with follow-up in primary care versus specialist care: results from a randomized controlled trial. *British Journal of General Practice*, 1999, 49:705–710.
151. Grunfeld E et al. Randomized trial of long-term follow-up for early-stage breast cancer: a comparison of family physician versus specialist care. *Journal of Clinical Oncology*, 2006, 24:848–855.
152. Scott IA et al. An Australian comparison of specialist care of acute myocardial infarction. *International Journal for Quality in Health Care*, 2003, 15:155–161.
153. Regueiro CR et al. A comparison of generalist and pulmonologist care for patients hospitalized with severe chronic obstructive pulmonary disease: resource intensity, hospital costs, and survival. For SUPPORT Investigators (Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatment). *American Journal of Medicine*, 1998, 105:366–372.
154. McAlister FA et al. The effect of specialist care within the first year on subsequent outcomes in 24,232 adults with new-onset diabetes mellitus: population-based cohort study. *Quality and Safety in Health Care*, 2007, 16:6–11.
155. Greenfield S et al. Outcomes of patients with hypertension and non-insulin dependent diabetes mellitus treated by different systems and specialties. Results from the medical outcomes study. *Journal of the American Medical Association*, 1995, 274:1436–1444.
156. Pongsupap Y, Boonyapaisarnchoeroen T, Van Lerberghe W. The perception of patients using primary care units in comparison with conventional public hospital outpatient departments and "prime mover family practices": an exit survey. *Journal of Health Science*, 2005, 14:3.
157. Baicker K, Chandra A. Medicare spending, the physician workforce, and beneficiaries' quality of care. *Health Affairs*, 2004 (Suppl. web exclusive: W4-184–197).
158. Shi, L. Primary care, specialty care, and life chances. *International Journal of Health Services*, 1994, 24:431–458.
159. Baicker K et al. Who you are and where you live: how race and geography affect the treatment of Medicare beneficiaries. *Health Affairs*, 2004 (web exclusive: VAR33–V44).
160. Briggs CJ, Garner P. Strategies for integrating primary health services in middle and low-income countries at the point of delivery. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006, (3):CD003318.
161. *Estudo regional sobre asistencia hospitalar e ambulatorial especializada na America Latina e Caribe*. Washington DC, Pan American Health Organization, Unidad de Organización de Servicios de Salud, Area de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud, 2004.
162. Pongsupap Y, Van Lerberghe W. Choosing between public and private or between hospital and primary care? Responsiveness, patient-centredness and prescribing patterns in outpatient consultations in Bangkok. *Tropical Medicine and International Health*, 2006, 11:81–89.
163. *Guide to clinical preventive services, 2007*. Rockville MD, Agency for Healthcare Research and Quality, 2007 (AHRQ Publication No. 07-05100; <http://www.ahrq.gov/clinic/pocketgd.htm>).
164. Margolis PA et al. From concept to application: the impact of a community-wide intervention to improve the delivery of preventive services to children. *Pediatrics*, 2001, 108:E42.
165. Donovan EF et al. Intensive home visiting is associated with decreased risk of infant death. *Pediatrics*, 2007, 119:1145–1151.
166. Manandhar D et al. Effect of a participatory intervention with women's groups on birth outcomes in Nepal: cluster-randomised controlled trial. *Lancet*, 364:970–979.
167. Rockenschaub G, Pukkila J, Profili MC, eds. *Towards health security. A discussion paper on recent health crises in the WHO European Region*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2007
168. *Primary care. America's health in a new era*. Washington DC, National Academy Press Institute of Medicine, 1996.
169. Tableau d'honneur des 50 meilleurs hôpitaux de France. Palmarès des Hôpitaux. *Le Point*, 2008 (<http://hopitaux.lepoint.fr/tableau-honneur.php>, accessed 29 July 2008).
170. Davidson BN, Sofaer S, Gertler P. Consumer information and biased selection in the demand for coverage supplementing Medicare. *Social Science and Medicine*, 1992, 34:1023–1034.
171. Davison KP, Pennebaker JW, Dickerson SS. Who talks? The social psychology of illness support groups. *American Psychology*, 2000, 55:205–217.
172. Segal SP, Redman D, Silverman C. Measuring clients' satisfaction with self-help agencies. *Psychiatric Services*, 51:1148–1152.
173. Adapted from Wollast E, Mercenier P. Pour une régionalisation des soins. In: Groupe d'Etude pour une Réforme de la Médecine. *Pour une politique de la santé*. Bruxelles, Editions Vie Ouvrière/La Revue Nouvelle, 1971.
174. Criel B, De Brouwere V, Dugas S. *Integration of vertical programmes in multi-function health services*. Antwerp, ITGPress, 1997 (Studies in Health Services Organization and Policy 3).



# Государственная политика по охране здоровья населения



Государственная политика в секторе здравоохранения, наряду с другими секторами, обладает огромным потенциалом для обеспечения здоровья населения. Она представляет собой важное дополнение к реформам, направленным на достижение всеобщего охвата, и реформам системы медицинского обслуживания.

К сожалению, в большинстве стран этот потенциал во многом не используется, а попытки эффективного вовлечения других секторов во многих случаях оканчиваются неудачей. Если задуматься о будущем, где нас ожидает целый ряд самых разных проблем, связанных с возрастающей ролью старения населения, урбанизации и социальных факторов, влияющих на здоровье, то, безусловно, существует необходимость укрепления возможностей для использования этого потенциала. Именно в силу этого стремление к совершенствованию государственной политики, которому посвящена данная глава, служит третьей задачей развития ПМСП, наряду с обеспечением всеобщего охвата и первичным медико-санитарным обслуживанием.

## Глава 4

Значение эффективной государственной политики в области здравоохранения	70
Системная политика, согласованная с целями ПМСП	72
Политика в области общественного здравоохранения	74
Задача укрепления здоровья должна присутствовать во всех мерах государственной политики	76
Причины недостаточности инвестиций	79
Возможности для улучшения мер государственной политики	81

В главе рассматриваются меры политики, которые необходимо осуществлять:

- системная политика – меры, которые должны осуществляться во всех структурных элементах системы здравоохранения для поддержания всеобщего охвата и эффективности медицинского обслуживания;
- политика в области общественного здравоохранения – конкретные действия, необходимые для решения первоочередных задач охраны здоровья посредством сплошной профилактики и пропаганды здорового образа жизни;
- политика в других секторах – содействие охране здоровья, осуществимое посредством межсекторального сотрудничества.

В главе разъясняются пути укрепления указанных мер государственной политики и их согласования с целями ПМСП.

### Значение эффективной государственной политики в области здравоохранения

Люди хотят жить в обществе и в условиях, которые обеспечивают охрану их здоровья и содействуют его улучшению<sup>1</sup>. Первичная медико-санитарная помощь, а также обеспечение всеобщего доступа и социальной защиты представляют собой ключевые меры, оправдывающие ожидания населения. Люди также ожидают от своего правительства государственной политики, охватывающей все уровни – от местного до наднационального, без чего первичная медико-санитарная помощь и всеобщий охват во многом утрачивают свою эффективность и смысл. Сюда входят меры государственной политики, необходимые для обеспечения надлежащего функционирования систем здравоохранения; для организации действий в области общественного здравоохранения, приносящих максимальную пользу всем; а также – за пределами сектора здравоохранения – политики, способной содействовать укреплению здоровья и чувства безопасности, при одновременном адекватном решении таких проблем, как урбанизация, изменение климата, гендерная дискриминация или социальное расслоение.

Первую группу важнейших мер государственной политики составляют политические меры в области систем здравоохранения (касающиеся основных лекарственных средств, технологий, контроля качества, людских ресурсов, сертификации и т. д.), от которых зависит осуществление

реформ первичной медико-санитарной помощи и реформ, направленных на обеспечение всеобщего охвата. Например, без действующих систем снабжения и логистики не может должным образом функционировать и система первичной помощи: в Кении, например, дети теперь намного лучше защищены против малярии благодаря местным службам, снабжающим их обработанными инсектицидами прикроватными противомоскитными сетками<sup>2</sup>. Это стало возможно, поскольку работа служб первичной медико-санитарной помощи была активизирована благодаря общенациональной инициативе при наличии неуклонного политического курса, общественного маркетинга и государственной поддержки снабжения и логистики.

Эффективные меры в области здравоохранения, направленные на решение приоритетных проблем охраны здоровья, составляют вторую группу мер, без которых реформы первичной медико-санитарной помощи и реформы по обеспечению всеобщего охвата застопорятся. Они охватывают техническую политику и программы, которые предоставляют бригадам первичной медико-санитарной помощи рекомендации в решении первоочередных задач охраны здоровья. Они также охватывают традиционные мероприятия в области общественного здравоохранения – от общественной гигиены и профилактики заболеваний до пропаганды здорового образа жизни. Некоторые мероприятия, такие как йодирование соли, осуществимы только на региональном, национальном или чаще всего на наднациональном уровне. Возможно, это связано с тем, что только на этих уровнях существует необходимая компетенция для принятия решений о таких политических мерах, или поскольку гораздо эффективнее разрабатывать и осуществлять такие меры в более широком масштабе, чем в рамках местной программы развития медико-санитарной помощи. Наконец, меры государственной политики охватывают потенциал быстрого реагирования – в режиме управления и контроля – на серьезные угрозы для здоровья населения, особенно эпидемии и катастрофы. Последние имеют особое политическое значение, поскольку в случае неудачи они сильно подрывают доверие населения к органам здравоохранения. Неготовность к принятию ответных мер и их несогласованность в системах здравоохранения Канады и Китая в период вспышки ТОРС в 2003 году вызвали справедливое возмущение общественности и привели

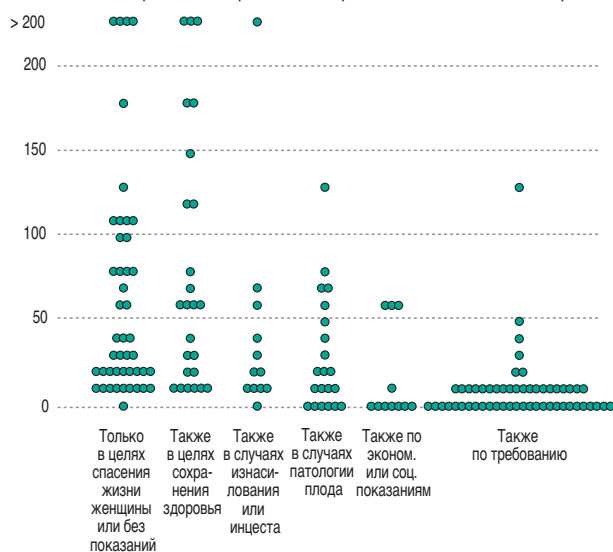


в конечном счете к созданию в Канаде национального органа здравоохранения. В Китае аналогичное отсутствие готовности и прозрачности вызвало кризис доверия – этот урок был вовремя усвоен и учтен при последующих событиях<sup>3,4</sup>.

Третий комплекс политических мер, имеющих решающее значение и известных как “включение проблемы здоровья во все политические программы и стратегии”, базируется на признании того факта, что улучшение уровня здоровья населения возможно посредством политических мер, осуществляемых главным образом другими секторами, помимо сектора здравоохранения<sup>5</sup>. Включение вопросов здоровья в школьную программу, решение проблемы гендерного равенства в промышленности или обеспечение безопасности продуктов питания и потребительских товаров – все это вопросы, которые могут оказать серьезное, или даже определяющее, воздействие на уровень здоровья в целых общинах и которые затрагивают все страны. Невозможно решать эти проблемы без активного межсекторального сотрудничества при должном учете вопросов охраны здоровья во всех направлениях государственной политики.

Совершенствование мер государственной политики может вызвать самые разные перемены. Возможна мобилизация всего общества вокруг проблем охраны здоровья, как это происходит на Кубе (вставка 4.1). Возможно создание правовых

**Рисунок 4.1** Смертные случаи, вызванные небезопасными абортами, на 100 тыс. живорождений, в разбивке по правовым основаниям для аборта<sup>6, 12, 13</sup>



<sup>6</sup>Каждая точка представляет одну страну.

#### Вставка 4.1 Объединение ресурсов общества для охраны здоровья на Кубе<sup>14, 15, 16</sup>

По средней ожидаемой продолжительности жизни при рождении Куба занимает второе место на Американском континенте: в 2006 году она составляла 78 лет, при этом детская смертность в возрасте до пяти лет равнялась лишь 7,1 на 1000 детей. Показатели образования среди детей младшего возраста одни из лучших в Латинской Америке. Куба достигла этих результатов несмотря на значительные экономические трудности – сегодня ВВП на душу населения составляет всего 4500 международных долларов. Успех Кубы в обеспечении благополучия детей отражает ее приверженность осуществлению активных мер в области общественного здравоохранения и межсекторальных мер.

Подготовка кадров здравоохранения была одним из приоритетов государственной политики. На Кубе процент врачей по отношению к численности населения выше, чем в любой другой стране. При подготовке к оказанию первичной медико-санитарной помощи особое внимание уделяется социальным детерминантам здоровья. Эти кадры работают в многопрофильных бригадах учреждений всесторонней первичной помощи, где они отвечают за состояние здоровья населения по территориальному принципу, оказывая как лечебную, так и профилактическую помощь. Они работают в тесном контакте со своими общинами, социальными службами и школами, два раза в год проводя медицинский осмотр всех детей и учителей. Они также работают с такими организациями, как Федерация кубинских женщин (ФКЖ), и политическими структурами. Эти взаимосвязи позволяют им воздействовать на социальные детерминанты здоровья внутри своих общин.

В государственной политике Кубы также определена приоритетность инвестиций в развитие детей младшего возраста. Существуют три программы обязательного дошкольного образования, которыми в совокупности охвачено почти 100% детей в возрасте до шести лет. В рамках этих программ проводятся массовые обследования с целью выявления нарушений развития, что содействует принятию своевременных мер. Детям с особыми потребностями и их семьям предоставляется индивидуальная помощь через многопрофильные группы, в которые входят специалисты по вопросам здоровья и образования. Государственная политика на Кубе не пошла по пути ложного выбора между инвестированием в медицинские кадры и воздействием на социальные детерминанты здоровья. Вместо этого она содействует межсекторальному сотрудничеству в целях улучшения уровня здоровья населения посредством эффективных профилактических мер. В целях поддержки этой политики подготовлены многочисленные кадры, имеющие квалификацию для клинической работы и составляющие активную часть обслуживаемой ими общины.

и социальных условий, более или менее благоприятных для здоровья. Например, возможность легальных абортс одновременно определяет процент небезопасных абортс и связанный с ними уровень смертности<sup>6</sup>. В Южной Африке изменение законодательства содействовало расширению доступа женщин к различным вариантам предупреждения и прерывания нежелательной беременности, в связи с чем смертность в результате абортс упала на 91%<sup>7</sup>. Меры государственной политики могут предвосхищать будущие проблемы. В Бангладеш, например, в 1970 году погибло 240 тыс. человек в результате мощных циклонов и наводнений. При наличии программ готовности к чрезвычайным ситуациям и программ снижения риска в различных секторах количество жертв при сопоставимых или более сильных ураганах снизилось до 138 тыс. человек в 1991 году и до 4500 в 2007 году<sup>8,9,10</sup>.

В 23 развивающихся странах, на которые приходится 80% глобального бремени хронических болезней, 8,5 миллиона жизней могли быть спасены в течение десятилетия за счет 15-процентного сокращения потребления пищевой соли благодаря добровольному снижению изготовителями содержания соли в продуктах питания и устойчивой кампании в средствах массовой информации, стимулирующей изменение рациона питания. Осуществление четырех мер, предусмотренных в Рамочной конвенции по борьбе против табака (повышение налогов на табачные изделия; запрет на курение на рабочих местах; соответствующая требованиям конвенции упаковка, маркировка и кампании, повышающие осведомленность населения о вреде табака для здоровья; а также всеобщий запрет на рекламу, стимулирование продаж и спонсорство), могли в течение десятилетия спасти от смерти еще 5,5 миллиона человек<sup>11</sup>. Как это часто бывает при рассмотрении социальных, экономических и политических факторов, отрицательно влияющих на здоровье, улучшения зависят от плодотворного сотрудничества между сектором здравоохранения и целым рядом других секторов.

## Системная политика, согласованная с целями ПМСП

Растет осознание того, что при нарушениях в функционировании или несогласованности элементов системы здравоохранения страдают результаты ее деятельности в целом. Компоненты систем

здравоохранения, именуемые как “основные функции”<sup>17</sup> или “элементы структуры”<sup>18</sup>, включают инфраструктуру, людские ресурсы, информацию, технологии и финансирование, и все они влияют на предоставление услуг. Эти компоненты не согласуются естественно и просто с планируемым направлением реформ ПМСП, содействующих обеспечению первичной помощи и всеобщего охвата: для достижения такой увязки необходимы целенаправленные и всесторонние политические меры.

Опыт содействия обеспечению основными лекарственными средствами проливает свет как на возможности, так и на препятствия на пути к осуществлению эффективных системных мер государственной политики в интересах ПМСП. С тех пор как в 1977 году ВОЗ установила Перечень основных лекарственных средств, он стал одним из главных стимулов разработки мер государственной политики в отношении лекарственных средств. Свыше 75% из 193 государств – членов ВОЗ в настоящее время сообщают о наличии у них государственного перечня основных лекарственных средств, и более 100 стран разработали национальную политику в отношении лекарственных средств. Как свидетельствуют результаты обследований, эти политические меры оказались эффективным инструментом обеспечения наличия и более рационального применения менее дорогостоящих и более безопасных лекарственных средств<sup>19,20</sup>. Именно такая политика была успешно разработана для поддержки ПМСП, и в результате получен опыт решения перекрестных задач обеспечения эффекта масштаба и взаимозависимости систем. Без таких мер потери в области охраны здоровья достигают грандиозных масштабов: почти 30 тыс. детей умирают ежедневно от болезней, которые могли бы быть легко вылечены, если бы у них был доступ к основным лекарственным средствам<sup>21</sup>.

Политика в области медикаментов указывает пути использования эффекта от увеличения масштаба организации. Безопасность, эффективность и качество медико-санитарной помощи имеют универсальные характеристики, благодаря которым они могут соответствовать глобально согласованным международным стандартам. Принятие и адаптация государственными органами этих глобальных стандартов эффективнее, чем изобретение собственных стандартов каждой страной. Принятие решений и создание механизмов закупок на общенациональном уровне могут привести

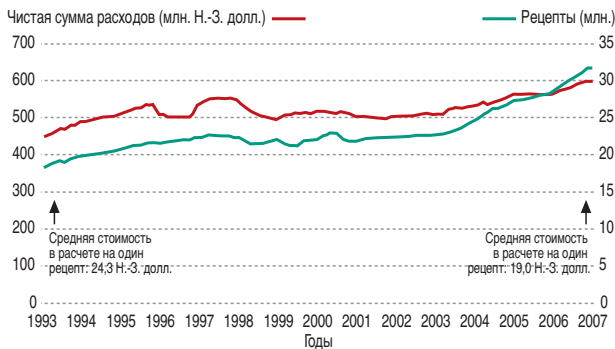




к рациональному, основанному на рентабельности отбору лекарственных средств и обеспечить сокращение затрат за счет массовости закупок. Например, на рисунке 4.2 показано, как в Новой Зеландии благодаря централизованному контролю за закупками лекарств и их субсидированию был значительно улучшен доступ к основным лекарственным средствам при одновременном снижении цен на лекарства, отпускаемые по рецепту. В более широком масштабе транснациональные механизмы, такие как международные закупки вакцин, осуществляемые ЮНИСЕФ, Обратный фонд ПАОЗ и Глобальный фонд финансирования противотуберкулезных препаратов, дают значительную экономию, а также гарантию качества, которую странам вряд ли удастся согласовывать самостоятельно<sup>22,23,24,25</sup>.

Второй важнейший вывод из опыта осуществления политических мер в отношении основных лекарственных средств состоит в том, что политика не может существовать обособленно и рассчитывать на то, что она будет эффективно реализована. При ее формулировании должны быть определены другие системные элементы – будь то финансирование, информация, инфраструктура или людские ресурсы, – от которых зависит ее осуществление. Например, закупочные механизмы для фармацевтической продукции выдвигают важные вопросы в отношении политики системного финансирования в силу их взаимозависимости. Аналогичным образом, вопросы людских ресурсов, связанные с просвещением потребителей, а также подготовкой и условиями работы поставщиков услуг, могут во многом обуславливать рациональное использование лекарств.

**Рисунок 4.2** Годовые расходы на фармацевтическую продукцию и количество рецептов, выписанных в Новой Зеландии за период, прошедший после создания Агентства по управлению фармацевтической промышленностью в 1993 году<sup>26</sup>



Системная политика в отношении людских ресурсов долгое время игнорировалась и служила одним из основных сдерживающих факторов в развитии систем здравоохранения<sup>27</sup>. Понимание того, что ЦРТ в области охраны здоровья обусловлены ликвидацией огромного дефицита медицинских работников в странах с низким уровнем доходов, с опозданием привлекло необходимое внимание к сфере, которая прежде игнорировалась. Кроме этого, наличие зависимости от медицинских работников-мигрантов при решении проблемы дефицита кадров в странах ОЭСР подчеркивает тот факт, что меры государственной политики одной страны могут оказывать значительное влияние на политику другой. Выбор, который делают – или не делают – страны, может иметь серьезные долговременные последствия. Обеспечение людских ресурсов для здравоохранения оказывает необходимое содействие эффективным реформам в сфере первичной медико-санитарной помощи и реформам, направленным на обеспечение всеобщего охвата, при этом они также являются воплощением ценностей, определяющих ПМСП. Тем не менее, при отсутствии осознанного выбора при формировании политики в отношении медико-санитарных кадров, исходя из целей ПМСП, рыночные силы в рамках системы здравоохранения будут побуждать медицинские кадры к более узкой специализации в медицинских учреждениях третичного уровня, если не к миграции в крупные города или другие страны. Выбор политических мер, исходя из задач ПМСП, с другой стороны, концентрируется на обеспечении персонала для расширения охвата районов, испытывающих дефицит служб медико-санитарной помощи, и обездоленных групп населения, например, расширение численности имеющих первостепенное значение 11 групп медицинских специальностей в Малайзии, подготовка в Эфиопии 30 тыс. медиков-консультантов, использование Замбией мер поощрения медицинского персонала, работающего в сельских районах, 80 тыс. медико-санитарных работников в области женского здоровья в Пакистане или изменение задач в лечении ВИЧ-инфицированных пациентов. В рамках таких мер государственной политики инвестиции направляются на создание бригад первичной помощи, которые должны стать центральным звеном системы здравоохранения, основанной на ПМСП: 80 тыс. медицинских работников для укомплектования 30 тыс. бригад

семейной медицины в Бразилии или переподготовка более 10 тыс. медсестер и врачей в Турции. Помимо этого, чтобы эффективно конкурировать в борьбе за ограниченные людские ресурсы, указанные политические меры нуждаются не только в финансовых, но и в нефинансовых стимулах, как, например, в Соединенном Королевстве, где благодаря принятым мерам работа в сфере первичной медико-санитарной помощи в финансовом отношении не уступает положению врачей-специалистов.

Основной задачей министерств здравоохранения и других государственных органов является создание во всех различных структурных элементах системы здравоохранения комплекса мер и механизмов, необходимых для достижения стоящих перед ними задач в области охраны здоровья. Когда страна принимает решение сделать ПМСП основой своей системы здравоохранения – когда она начинает осуществлять реформы по внедрению служб первичной помощи и по обеспечению всеобщего охвата, – на осуществление соответствующих реформ должен быть направлен весь арсенал системных политических мер, а не только меры, относящиеся к моделям предоставления услуг или их финансирования. Можно разработать системную политику, которая не принимает во внимание планы развития ПМСП. Можно также обеспечить ее согласованность с развитием ПМСП. Если какая-либо страна принимает решение в пользу ПМСП, эффективные планы ее внедрения не допускают полумер – ни один из структурных элементов системы здравоохранения не останется незатронутым.

## Политика в области общественного здравоохранения

### Согласование приоритетных программ охраны здоровья с ПМСП

Действия, предпринимаемые в секторе здравоохранения, по большей части направлены на конкретные тяжелые заболевания, такие как ВИЧ/СПИД, или определенные возрастные группы, например, детей – это так называемые приоритетные состояния здоровья. Программы охраны здоровья, направленные на решение этих первоочередных задач, во многих случаях являются всеобъемлющими в той мере, в какой они устанавливают нормы, обеспечивают внимание к соответствующим проблемам и гарантию качества, а также создают полный спектр точек

доступа для решения проблем на местах или на уровне стран или регионов. Методы разработки ответных действий в отношении таких приоритетных состояний здоровья могут привести как к укреплению, так и к ослаблению ПМСП<sup>28</sup>.

Например, в 1999 году Отдел первичной помощи Бразильского педиатрического общества (SBP) подготовил план обучения его членов Интегрированное ведение болезней детского возраста (IMCI) и адаптации этой стратегии с учетом региональных особенностей эпидемиологических ситуаций<sup>29</sup>. Еще при проведении первоначального учебного курса, SBP предупредило педиатров о том, что IMCI не заменяет собой традиционную педиатрическую помощь и содержит риск нарушения основных прав детей и подростков. В следующий раз оно выступило против делегирования задач медсестрам, которые входят в состав многопрофильных бригад семейной медицины, составляющих основу политики Бразилии в области ПМСП. В конечном счете, SBP попыталось вернуть оказание медицинской помощи детям и подросткам в исключительное ведение педиатров на том основании, что таким образом обеспечивается оптимальное качество помощи.

Опыт осуществления приоритетных программ в области охраны здоровья свидетельствует о том, что их эффективность зависит от применявшегося к их разработке подхода: попытки построить весь комплекс реформ в области ПМСП на специфических потребностях одной болезни значительно снижают результативность. При этом существует и обратная зависимость. Хотя СПИД воплощает весь комплекс проблем, которые беспокоят систему здравоохранения и общество в целом<sup>30</sup>, глобальные меры борьбы с пандемией ВИЧ можно также рассматривать во многих отношениях как поиск путей к внедрению ПМСП. С самого начала борьба с пандемией прочно опиралась на защиту прав и социальной справедливости<sup>31</sup>. То, что она затрагивает зачастую маргинализированные и обездоленные слои населения, составляющие группу повышенного риска, и связана с проблемой стигматизации инфицированных, привело к совместным действиям, направленным на соблюдение их прав, а также права на трудоустройство, социальное обеспечение и охрану здоровья. Попытки расширения услуг в соответствии с целями обеспечения всеобщего доступа помогли выявить важнейшие сдерживающие факторы, порождаемые кризисом трудовых ресурсов. Задача обеспечения медицинской помощи в



течение всей жизни в условиях ограниченности ресурсов способствовала появлению инноваций, таких как более эффективное распределение дефицитных людских ресурсов посредством “переориентации”, использования “защитников интересов больного”<sup>32</sup>, а также непредвиденное внедрение электронных историй болезни. Самое главное, что принятие совокупности подходов к оказанию помощи при ВИЧ/СПИДе – от профилактики до лечения и паллиативного лечения – помогло возродить и укрепить основные черты первичной помощи, такие как широкий охват, непрерывность и индивидуальный подход<sup>32</sup>.

### Общенациональные инициативы в области общественного здравоохранения

Несмотря на важность задачи улучшения здоровья населения на местном уровне силами бригады первичной медико-санитарной помощи, ее роль может быть ограничена, если лица, принимающие решения на национальном и глобальном уровне, не проявят инициативу принятия более широких мер государственной политики, важных для изменения рациона питания и воздействия на социальные детерминанты здоровья. Это редко осуществимо в рамках политических мер только местного уровня. Классические сферы позитивного воздействия мероприятий по охране здоровья, выходящих за пределы местного масштаба, включают: изменение личных привычек и образа жизни; борьба против болезней и их профилактика; вопросы гигиены и более широкие детерминанты здоровья; вторичная профилактика, в том числе массовые обследования с целью выявления заболеваний<sup>33</sup>. Сюда входят такие меры, как обогащение хлеба солями фолиевой кислоты, налогообложение алкогольной и табачной продукции, а также обеспечение безопасности продуктов питания, потребительских товаров и токсичных веществ. Такие мероприятия по охране здоровья национального и транснационального масштаба способны спасти жизнь миллионов людей. В результате успешного устранения основных факторов риска заболевания, что технически возможно, преждевременная смертность сократится приблизительно на 47%, а глобальная продолжительность здоровой жизни увеличится, по оценкам, на 9,3 года<sup>34</sup>. Однако, как и в случае приоритетных программ, рассматривавшихся выше, необходима разработка соответствующих политических мер в области здравоохранения в целях укрепления реформ ПМСП.

### Вставка 4.2 Рекомендации Комиссии по социальным детерминантам здоровья<sup>37</sup>

Комиссия по социальным детерминантам здоровья (КСДЗ) представляла собой трехгодичное мероприятие, начатое в 2005 году с целью разработки на основе фактических данных рекомендаций по воздействию на социальные детерминанты в целях сокращения неравенства в уровне здоровья. Комиссия сформировала беспрецедентную базу данных для руководства этим процессом, используя тематические электронные архивы, опыт гражданского общества, данные партнеров по странам и департаментов внутри ВОЗ. Заключительный доклад КСДЗ содержит серию подробных рекомендаций о действиях, сгруппированных в следующие три общих рекомендации.

#### 1. Улучшение условий повседневной жизни

Главные улучшения должны затрагивать благополучие девочек и женщин; условия, в которых рождаются их дети, развитие детей в раннем возрасте и образование для девочек и мальчиков; условия жизни и работы; политику в сфере социальной защиты; условия для обеспечения благополучия в пожилом возрасте.

#### 2. Решение проблемы неравенства в распределении власти, денег и ресурсов

Для решения проблемы неравенства в уровне здоровья необходимо решать проблемы неравенства в организации общества. Для этого необходим мощный государственный сектор, активный, эффективный и получающий адекватное финансирование. Это, в свою очередь, требует укрепления государственного управления, включая сильное гражданское общество и подотчетный частный сектор. Управление, направленное на обеспечение равенства, необходимо на всех уровнях.

#### 3. Количественное измерение и понимание проблемы, оценка результатов действия

Важно признать наличие проблемы неравенства в уровне здоровья и обеспечить ее измерение – как внутри стран, так и в глобальном масштабе. Необходимы национальные и глобальные системы наблюдения за состоянием равенства в уровне здоровья для повседневного мониторинга неравенства в уровне здоровья и социальных детерминантов здоровья, которые также оценивают влияние неравенства в уровне здоровья на политику и практические меры. Другими требованиями являются подготовка руководителей, определяющих политику, и профессиональных медицинских работников, углубление понимания обществом социальных детерминантов здоровья и усиление внимания к социальным детерминантам в научных исследованиях.

Не все такого рода мероприятия по охране здоровья будут способствовать, например, обеспечению равенства. Меры по пропаганде здорового образа жизни, касающиеся поведения, связанного с повышенным риском для здоровья, такие как просветительские кампании по разъяснению вреда курения, плохого питания и малоподвижного образа жизни, зачастую непреднамеренно ведут к углублению неравенства. Социально-экономические различия при проведении безадресных мероприятий по охране здоровья иногда приводили не только к углублению неравенства в уровне здоровья, но и к тому, что вина при объяснении этого явления возлагалась на самих пострадавших<sup>35</sup>. Тем не менее, тщательно продуманные меры политики в области здравоохранения ведут к сокращению неравенства, когда они содействуют улучшению уровня здоровья всего населения или когда приоритет в них четко отдается группам людей с проблемами здоровья<sup>36</sup>. Фактическая база для определения предпочтительных мер государственной политики, сокращающих неравенство, увеличивается, в особенности благодаря усилиям Комиссии по социальным детерминантам здоровья (вставка 4.2)<sup>37</sup>.

### Потенциал быстрого реагирования

Хотя в реформах ПМСП подчеркивается значение привлечения к участию и обсуждению различных заинтересованных сторон, гуманитарные катастрофы, вспышки болезни требуют наличия потенциала для быстрого реагирования, который играет определяющую роль в эффективном решении данной проблемы и служит непременным условием поддержания доверия населения к системе здравоохранения своей страны. Введение карантинных или запретов на передвижение, быстрое установление генома нового патогена для разработки вакцины или плана терапевтического лечения, а также незамедлительная мобилизация медицинских работников и учреждений могут иметь жизненно важное значение. Хотя необходимая воля и гибкость в принятии ответных мер различными участниками часто возникают при наступлении “чрезвычайной ситуации”, ответные меры с большей вероятностью будут эффективными при вложении значительных средств в обеспечение готовности к их осуществлению<sup>38</sup>.

Глобальные усилия, связанные с угрозой пандемии птичьего гриппа (H5N1), привели к ряду интересных заключений о том, каким образом

политика, обеспечивающая готовность и принятие ответных мер, может ориентироваться на цели реформы ПМСП, направленной на достижение равенства, всеобщего охвата и обеспечение первичной медико-санитарной помощи. В отношении сезонного и пандемического гриппа 116 национальных лабораторий, занимающихся гриппом, а также пять лабораторий во взаимодействующих международных центрах обмениваются вирусами гриппа в рамках системы, заложенной ВОЗ более 50 лет назад. Эта система была создана в целях выявления угроз новых пандемических вирусов и обеспечения ежегодного производства оптимального объема вакцины против сезонного гриппа, которая используется в первую очередь промышленно развитыми странами. Поскольку зоонозные инфекции у человека и потенциальная возможность глобальной пандемии, связанной со штаммами гриппа H5N1, ассоциируются преимущественно с развивающимися странами, и обеспокоенность проблемой гриппа в настоящее время распространяется в развивающиеся страны, давно существующий государственно-частный подход к производству вакцины гриппа и обмену вирусами становится объектом критического изучения. Надежда развивающихся стран на равный доступ к защите здоровья, включая доступ к умеренным по стоимости противовирусным препаратам и вакцинам в случае пандемии, толкает к изменению подхода к укреплению национального и глобального потенциала – от эпиднадзора и создания лабораторий до передачи мощностей для составления и производства вакцин, а также для создания их запасов. Таким образом, наиболее справедливые ответные меры являются и наиболее эффективными, при этом потенциал для принятия наиболее эффективных незамедлительных ответных мер может быть создан при участии многочисленных заинтересованных сторон в глобальном процессе переговоров.

### Задача укрепления здоровья должна присутствовать во всех мерах государственной политики

Здоровье населения – не просто результат деятельности сектора здравоохранения – будь то мероприятия в области первичной медико-санитарной помощи или мероприятия по охране здоровья общенационального масштаба. В значительной степени определяющую роль здесь играют общественно-экономические факторы, а,

Таблица 4.1 Неблагоприятное воздействие на здоровье изменений в условиях труда<sup>5</sup>

Неблагоприятное воздействие на здоровье безработицы	Неблагоприятное воздействие на здоровье структурной перестройки	Неблагоприятное воздействие на здоровье нестандартных форм занятости
Повышенное кровяное давление	Снижение удовлетворенности работой, снижение ответственности со стороны организационных структур и усиление стресса	Повышение процента профессиональных травм и заболеваний по сравнению с показателями в условиях стабильной полной занятости
Усиление депрессивных и тревожных состояний	Чувство несправедливости в период сокращения штатов	Высокий уровень стресса, низкий уровень удовлетворенности работой и другие отрицательные факторы, влияющие на здоровье и благополучие
Более частые посещения терапевта	Сохранившие свои рабочие места сталкиваются с проблемами освоения новой техники, новых технологий, новых физических и психологических нагрузок (сокращение самостоятельности, усиление интенсивности труда, изменения в характере социальных отношений, изменения в трудовых договорах и перемены в личном поведении)	Более широкое распространение в подсекторах розничной торговли и предоставления услуг на индивидуальной основе, где обычно заняты лица с более низким уровнем образования и квалификации
Увеличение симптомов ишемической болезни сердца	Изменения в психологическом договоре и утрата чувства доверия	Низкий уровень охвата работников страхованием от несчастного случая и низкий уровень обращений с иском от тех, кто им охвачен
Ухудшение психического здоровья и усиление стрессов	Длительный стресс, сопровождаемый физиологическими и психологическими симптомами	Увеличение профессиональных рисков для здоровья в результате интенсификации труда, мотивируемой экономическими причинами
Рост распространенности психологических проблем и увеличение количества посещений врачей		Неудовлетворительный уровень подготовки и слабые связи в результате институциональной дезорганизации и неудовлетворительного контроля со стороны регулятивных органов
Сокращение самостоятельных обращений по поводу состояния здоровья и увеличение количества проблем со здоровьем		Невозможность для работников организовать собственную защиту
Рост семейных проблем, особенно финансовых затруднений		Затруднено предъявление общих требований в отношении травм в связи с текучкой работников
		Ограниченная возможность улучшения условий жизни в связи с невозможностью получения кредита, обретения жилья, обеспечения пенсии, обучения
		Сниженная обеспокоенность в связи с проблемами охраны окружающей среды, здоровья и безопасности на рабочем месте

следовательно, политические меры и действия, предпринимаемые за пределами сектора здравоохранения. Например, изменения в условиях труда могут иметь целый ряд последствий для здоровья (таблица 4.1).

Возможно, сталкиваясь с явлениями такого рода, органы здравоохранения считают, что сектор способен лишь попытаться смягчить негативное влияние. Сам по себе он не может изменить ни систему трудовых отношений, ни политику в

отношении безработицы. Нет у него и возможностей для повышения налогов на алкоголь, введения технических норм для автотранспорта или регулирования миграции из сельских районов и благоустройства трущобных районов, хотя все эти меры могут содействовать улучшению уровня здоровья. Рациональное управление городским хозяйством, к примеру, может обеспечить продолжительность жизни на уровне 75 лет и более, по сравнению с 35 годами при ненадлежащем

управлении<sup>39</sup>. Таким образом, для сектора здравоохранения важно взаимодействовать с другими секторами не просто в целях сотрудничества при решении уже выявленных приоритетных задач охраны здоровья, как в случае тщательно проработанных мероприятий в области охраны здоровья населения, а добиваться признания здоровья одним из социально значимых результатов любой меры политики.

Такое межсекторальное взаимодействие является одним из фундаментальных принципов, заложенных в Алма-Атинской декларации. Однако министерства здравоохранения во многих странах с трудом пытаются координировать действия с другими секторами или оказывать влияние вне системы здравоохранения, деятельность которой формально входит в сферу их ведения. Одним из серьезных препятствий в достижении преимуществ межсекторального взаимодействия служит существующая внутри сектора здравоохранения тенденция рассматривать такое сотрудничество как “по большей части символическую попытку добиться от других секторов помощи [медицинским] учреждениям”<sup>40</sup>. Целью межсекторального взаимодействия зачастую является не совершенствование политики других секторов, а использование их ресурсов: мобилизация учителей для участия в распределении прикроватных москитных сеток, полицейских – для выявления уклоняющихся от лечения больных туберкулезом или использовании транспорта департамента сельского хозяйства для срочного вывоза заболевших.

“Общеправительственный подход”, направленный на “учет вопросов здоровья во всех мерах государственной политики” следует иной логике<sup>41,42</sup>. Он не исходит из конкретной проблемы в области охраны здоровья, стараясь выяснить, чем могут другие секторы помочь в их решении, что возможно, например, в случае заболевания, связанного с употреблением табака. Он исходит из выявления последствий для здоровья политики в области сельского хозяйства, образования, экологии, налогово-бюджетной политики, политики в области жилищного строительства, транспорта и т. д. Затем он переходит к налаживанию взаимодействия с этими секторами с тем, чтобы, способствуя благополучию и материальному благосостоянию, эти политические меры также содействовали укреплению здоровья<sup>5</sup>.

Меры государственной политики в другом секторе, а также политика частного сектора могут

оказать серьезное воздействие на здоровье двумя путями.

■ Некоторые из них могут иметь неблагоприятные последствия для здоровья (таблица 4.1). Зачастую такие неблагоприятные последствия выявляются задним числом, как, например, загрязнение воздуха или заражение окружающей среды промышленными предприятиями. Тем не менее, во многих случаях их также можно предвидеть или выявить на ранних этапах. Руководители других секторов могут не знать о последствиях принимаемых ими решений, и в этом случае взаимодействие – при должном учете целей и задач другого сектора, – возможно, станет первым шагом в минимизации неблагоприятных последствий для здоровья.

■ Меры государственной политики, разрабатываемые другими секторами – образование, гендерное равенство, социальная интеграция, – могут содействовать охране здоровья путями, о которых этим другим секторам также неизвестно. Их дальнейшее усиление возможно за счет более целенаправленного стремления к достижению таких положительных результатов для уровня здоровья как составного элемента данной политической меры. Например, политика в сфере гендерного равенства, даже разработанная изолированно, может оказывать положительное воздействие на здоровье, степень которого зачастую недооценивается ее поборниками. Благодаря сотрудничеству в усилении официального признания таких результатов укрепляется и сама политика, направленная на достижение гендерного равенства, а за счет синергического эффекта – результаты в отношении уровня здоровья. В данном случае задача межсекторального сотрудничества состоит в повышении эффективности совместных усилий.

Отсутствие сотрудничества с другими секторами имеет свои последствия. Это сказывается на функционировании систем здравоохранения и, в частности, первичной медико-санитарной помощи. Например, программа Марокко по борьбе с трахомой базировалась как на высоком уровне мобилизации общин, так и на эффективном сотрудничестве с министерством образования, министерством внутренних дел и органами местного управления. Это сотрудничество стало главным фактором успешной ликвидации трахомы<sup>43</sup>. В рамках же программы борьбы с туберкулезом в этой же стране, напротив, не удалось



скоординировать действия с усилиями по городскому развитию и сокращению бедности, и в связи с этим результаты программы оказались неудовлетворительными<sup>44</sup>. Обе программы осуществлялись министерством здравоохранения, ими занимались сотрудники, обладающие аналогичными способностями и работающие в условиях аналогичных финансовых ограничений, но применявшие разную стратегию.

Отсутствие сотрудничества с другими секторами имеет еще одно негативное следствие – не удается избежать заболеваний, которых можно избежать. В квартале Нгагне-Диав в Тиарое-сюр-Мер, Дакар, Сенегал, люди живут за счет неофициальной утилизации аккумуляторов из свинцовистых сплавов. Власти это мало заботило до тех пор, пока после всплеска смертельных случаев среди детей по неизвестным причинам не потребовалось срочное расследование. Было установлено, что местность заражена свинцом, а у братьев, сестер и матерей погибших детей были обнаружены чрезвычайно высокие концентрации свинца в крови. Теперь необходимы крупные капиталовложения для лечения населения и ликвидации последствий в социальной сфере, а также для обеззараживания территории, в том числе жилых домов. Пока не произошло сразу несколько смертных случаев сектор здравоохранения, к сожалению, не придавал первоочередного значения работе с другими секторами, для того чтобы избежать такой ситуации<sup>45</sup>.

Когда межсекторальное сотрудничество осуществляется успешно, успехи в сфере охраны здоровья могут быть значительными, хотя случаи предотвращения смерти не так заметны, как случаи смерти. Например, под давлением гражданского общества и медицинских работников во Франции была разработана многоаспектная, высокоприоритетная стратегия повышения безопасности на дорогах в качестве требующей решения социальной и политической задачи (а не как задача в первую очередь сектора здравоохранения). Различные секторы устойчиво вели совместную работу, получая поддержку на высоком политическом уровне, с целью сокращения количества дорожно-транспортных происшествий при широком освещении мониторинга результатов и ежегодного сокращения числа смертных случаев приблизительно на 21%<sup>46</sup>. Положительные результаты в области охраны здоровья и равенства в уровне здоровья, когда вопросы здоровья учитываются во всех направлениях политики, стали очевидны в таких

программах, как “Здоровые города и муниципалитеты”, “Устойчивые города” и “Города без трущоб”, где применялись различные комплексные подходы – от участия в слушаниях по бюджету и механизмах социальной ответственности до сбора данных и участия в мероприятиях по охране окружающей среды<sup>47</sup>.

В современном обществе охрана здоровья имеет тенденцию к фрагментации среди различных узкопрофильных учреждений, занимающихся конкретными аспектами здоровья или систем здравоохранения, тогда как потенциал для объединения различных аспектов государственной политики, которые в совокупности обуславливают уровень здоровья, не развит. Даже в условиях хорошего обеспечения ресурсами, например в Европейском союзе, институциональная база для этого по-прежнему слабо развита<sup>48</sup>. Министерства здравоохранения должны играть решающую роль в создании такой основы, и это одно из главных стратегических направлений для продвижения вперед в решении проблемы социально-экономических факторов, оказывающих неблагоприятное воздействие на здоровье<sup>49</sup>.

## Причины недостаточности инвестиций

Несмотря на выгоды и низкую относительную стоимость совершенствования мер государственной политики их потенциал в значительной степени недостаточно используется во всем мире. Показательный пример – лишь 5% населения мира живет в странах, где действуют всеобщие запреты на рекламу, продвижение продажи и спонсорство табачных изделий, несмотря на их доказанную эффективность в снижении угроз для здоровья, которые, по прогнозам, могут стать причиной смерти целого миллиарда человек в этом веке<sup>50</sup>.

Подход сектора здравоохранения к совершенствованию мер государственной политики отличался полным отсутствием систематичности и базировался на отрывочных фактических данных и нечетком принятии решений – не в последнюю очередь в результате того, что медицинское сообщество прилагало мало усилий для сопоставления этих фактов и обмена данными. При всех достижениях последних лет информацию об эффективности мероприятий, направленных на исправление положения, например, с неравенством в уровне здоровья, до сих пор сложно

**Вставка 4.3** Как принимать непопулярные решения в области государственной политики<sup>51</sup>

На седьмом совещании Форума по вопросам будущего с участием представителей высшего руководства здравоохранения, организованном Европейским региональным бюро ВОЗ в 2004 году, обсуждались трудности, с которыми может столкнуться руководство при принятии непопулярных политических решений. Популярным обычно бывает решение, вызванное широким спросом в обществе; непопулярное решение зачастую не является реакцией на четко выраженные ожидания общества, но принимается, потому что министр или высшее должностное лицо в области медицины знает, что это правильные действия для повышения уровня здоровья и улучшения качества медицинского обслуживания. Таким образом, потенциально непопулярное решение не должно стремиться к популярности, скорее необходимо принять меры, чтобы оно было понятным, а потому приемлемым. Придание популярности решениям не является теоретическим занятием, это задача, связанная с фактическим одобрением. Участники Форума согласились с тем, что если решение может оказаться непопулярным, для руководителей здравоохранения целесообразно применить некоторые из указанных ниже подходов.

*Беседы о здоровье и улучшении качества.* Основу охраны здоровья составляют специальные знания и квалифицированные кадры, и поэтому начинать следует с разъяснения того, как данное решение будет способствовать повышению качества здоровья и медицинского обслуживания. Целесообразно избегать аргументов, не связанных со здоровьем, которые трудно отстаивать, – например, в случае закрытия больниц намного полезнее говорить о повышении качества ухода, чем о сокращении издержек.

*Предложение компенсаций.* Объяснять, что люди получают взамен того, от чего им придется отказаться. Предложить какие-либо дополнительные преимущества в других секторах или в отношении других услуг; стремиться к интерпретации предстоящего решения как выгодного для всех, уравновешивая его достоинства и недостатки.

*Твердое решение об исполнении.* Если руководство здравоохранения не готово к исполнению решения, следует воздержаться от проведения мер до достижения такой готовности.

*Соблюдение транспарентности.* Разъяснять, кто принимает решение, интересы тех, кто в нем участвует и кого оно затрагивает. Перечислить все заинтересованные лица и указать, какие из них играют негативную роль.

*Избегать разовых решений.* Разрабатывать и предлагать решения в составе общего плана или стратегии.

*Правильное определение сроков.* До принятия решения важно потратить достаточно времени на подготовку и разработку доброкачественного плана. Когда план будет готов, оптимальный вариант – быстро приступить к его исполнению.

*Задействовать все группы населения.* Вовлекать в обсуждение как группы населения, которые проигрывают, так и тех, кто выиграет от данного решения. Применять дифференцированный подход.

*Не рассчитывать на поддержку со стороны средств массовой информации* только потому, что решение правильное с точки зрения пользы для охраны здоровья. Нельзя рассчитывать на нейтральное или положительное освещение в СМИ во всех случаях; во многих случаях они могут быть втянуты в полемику противниками данного решения. Будьте готовы к проблемам с прессой.

*Соблюдать скромность.* Решение скорее будет принято, если руководство публично признает некоторую неопределенность результатов и открыто обязуется проводить мониторинг и оценку итогов. Это оставляет возможность для корректировок в процессе реализации.

*Быть готовыми к быстрым переменам.* Иногда настроения общества быстро меняются, и то, что казалось неприятным, может обернуться одобрением.

*Быть готовыми к кризисам и непредвиденным побочным эффектам.* Некоторые группы населения могут пострадать сильнее других от какого-либо решения (например, врачи общего профиля в случае закрытия больниц). Руководство общественного здравоохранения должно справляться с незапланированными реакциями.

*Твердо держаться фактических данных.* Уровень одобрения населения может быть низким в отсутствие каких-либо объективных причин. Наличие убедительных фактов – хороший инструмент дискуссии и возможность избежать противодействия.

*Использовать примеры других стран.* Лица, принимающие решения, могут ознакомиться с тем, что предпринимается в других странах, и разъяснить, почему другие страны решают проблему иначе; они могут использовать такого рода аргументы, чтобы в их стране решения воспринимались как более приемлемые.

*Привлекать к участию медицинских работников и, главное, действовать смело.*





найти, а привилегированный круг ее обладателей ограничивается заинтересованными экспертами. Отсутствие информации и фактических данных, таким образом, служит одним из объяснений недостаточности инвестиций.

Но дело в том, что даже для хорошо информированных людей, принимающих политические решения, многие вопросы государственной политики чреваты непопулярными мерами: будь то сокращение количества больничных мест, введение обязательного использования ремней безопасности, отбраковка домашней птицы или налогообложение алкоголя, следует готовиться к каждодневному сопротивлению и полемике. Другие решения настолько малозаметны, например, меры, обеспечивающие безопасную технологию производства продуктов питания, что принесут небольшой политический капитал. Единодушие относительно жестких мер можно достичь в момент кризиса, но у общественного мнения, как хорошо известно, ограничен запас внимания. Политики зачастую уделяют больше внимания тем мерам, от которого электорат выигрывает в течение двух-четырех лет, и поэтому недооценивают усилия, такие как охрана окружающей среды или развитие детей в раннем возрасте, плоды которых зреют в течение длительного периода в 20–40 лет. Если непопулярность в обществе служит одним из труднопреодолимых препятствий на пути решительных политических мер, то другим является сопротивление обладающих большими ресурсами лоббистов. Наглядным примером здесь служат попытки табачной промышленности ограничить борьбу против табака. Аналогичное сопротивление встречает регламентирование в отношении промышленных отходов и направленных на детей рекламы и стимулирования сбыта продуктов питания. Эти препятствия, мешающие активизации государственной политики, вполне реальны и требуют систематического внимания (вставка 4.3).

Усугубляют эти препятствия на пути решительных политических мер трудности координации деятельности многочисленных учреждений и секторов. Многие страны располагают ограниченным институциональным потенциалом для такой координации и очень часто не имеют профессиональных кадров, способных справиться с этой работой. Кризисное управление, краткосрочный характер планирования, отсутствие внятных фактических данных, нечеткость межсекторальных связей, групповые интересы,

неудовлетворительные методы управления сектором здравоохранения усиливают необходимость всеобъемлющих политических реформ в целях реализации потенциала мер в области общественного здравоохранения. К счастью, существуют перспективные возможности, обеспечивающие основу для дальнейшего развития.

## Возможности для улучшения мер государственной политики

### Совершенствование информации и фактической базы

Несмотря на наличие убедительных доказательств потенциальных преимуществ от совершенствования мер государственной политики, фактическая база, свидетельствующая об их итогах и рентабельности, удивительно слабая<sup>52</sup>. Нам многое известно о взаимосвязи между определенными видами поведения – курением, рационом питания, физической активностью и т. д. – и уровнем здоровья, но гораздо меньше мы знаем о том, как способствовать систематическому и устойчивому изменению поведения среди различных слоев населения. Даже в условиях обеспеченности ресурсами существует множество препятствий: сроки достижения общих результатов, сложность многофакторных причин заболевания и результатов мероприятий, отсутствие данных, проблемы методологии, в том числе трудности применения общепризнанных критериев при оценке клинических методов, а также различные точки зрения многочисленных заинтересованных сторон. Эпиднадзор над инфекционными болезнями улучшается, но информация о хронических заболеваниях и вызывающих их факторах или неравенстве в уровне здоровья отрывочна и зачастую не систематизирована. Во многих странах не хватает даже элементарных основ для работы по охране здоровья населения и сбора статистических данных о рождениях и смертях или заболеваемости (вставка 4.4)<sup>53</sup>.

Однако за последние 30 лет произошел качественный скачок в обеспечении фактических данных по клинической медицине благодаря совместным усилиям, таким как Кокрановское сотрудничество и Международная сеть клинической эпидемиологии<sup>56,57</sup>. Аналогичный прорыв возможен в обеспечении фактических данных о мерах государственной политики, хотя такие усилия все еще несут экспериментальный характер

### Вставка 4.4 Постыдный факт неизвестности: когда не учитываются рождения и смерти

Регистрация гражданского состояния является одновременно результатом экономического и социального развития и условием модернизации. За последние десятилетия произошли незначительные улучшения в охвате регистрацией актов гражданского состояния (официальной регистрации рождения и смерти) (см. рис. 4.3). Почти 40% (48 миллионов) из 128 миллионов рождений в мире каждый год остаются неучтенными в результате отсутствия систем регистрации гражданского<sup>53</sup> состояния. Еще хуже обстоит дело с регистрацией смерти. В глобальном масштабе две трети (38 миллионов) из 57 миллионов ежегодных случаев смерти не регистрируются. ВОЗ получает достоверную статистику о причинах смерти только от 31 из 193 государств-членов.

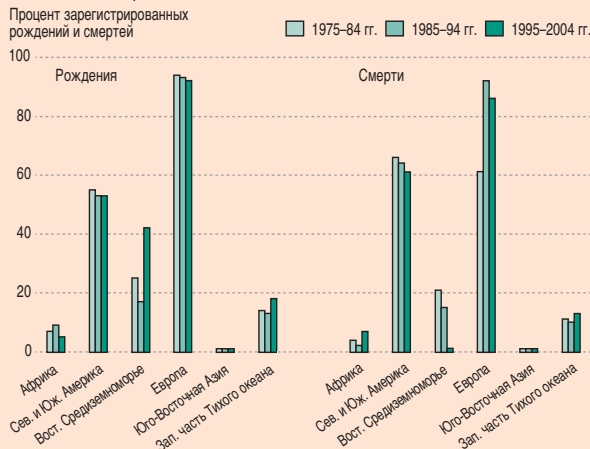
Международные усилия по улучшению инфраструктуры статистики естественного движения населения в развивающихся странах слишком ограничены по объему и охвату<sup>54</sup>. Ни глобальное сообщество здравоохранения, ни страны не придавали развитию статистики здравоохранения и систем регистрации гражданского состояния такого же значения, как мероприятиям

в области охраны здоровья. В рамках системы ООН нет конкретной структуры, занимающейся развитием регистрации гражданского состояния. Отсутствуют механизмы координации действий по решению данной проблемы и реагирования на запросы о предоставлении

запросы о предоставлении технической помощи для мобилизации необходимых финансовых и технических ресурсов. Для создания инфраструктуры систем регистрации гражданского состояния с целью обеспечения учета всех рождений и смертей необходимо сотрудничество между различными партнерами в разных секторах. Для этого нужна устойчивая пропаганда, стремление завоевать доверие населения, благоприятная законодательная база, финансовая поддержка,

людские ресурсы и модернизированные системы управления данными<sup>55</sup>. Там, где система функционирует нормально, статистика естественного движения населения обеспечивает базовую информацию для определения приоритетов. Отсутствие прогресса в регистрации рождений и смертей – одна из основных проблем для разработки и осуществления реформ ПМСП.

**Рисунок 4.3** Процент рождений и смертей, зарегистрированных в странах с полной системой регистрации гражданского состояния, по регионам ВОЗ, 1975–2004 гг.<sup>a</sup>



<sup>a</sup>Источник: адаптировано на основе данных<sup>56</sup>.

по сравнению с имеющимися огромными ресурсами для исследований в других сферах охраны здоровья, например, в медицинских технологиях диагностики или терапевтического лечения. Однако существуют признаки прогресса, достигнутого в более широком использовании директивными органами систематических обзоров<sup>58,59</sup>.

Потенциал для значительного укрепления базы знаний может быть достигнут двумя путями.

- Ускорение организации систематических обзоров важнейших мероприятий и их экономическая оценка. Одним из способов осуществления этого является расширение круга обязанностей существующих организаций по оценке технологий здравоохранения с целью включения в их ведение оценки мероприятий в области общественного здравоохранения и

способов предоставления услуг, поскольку в этом случае будут использоваться существующие институциональные мощности с резервированием средств на конкретные цели. Новые сети сотрудничества, такие как Кэмпбелловское сотрудничество<sup>60</sup>, могут играть роль катализатора, используя сравнительные преимущества эффекта масштаба и международные сравнительные данные.

- Ускорение документирования и оценки подходов всего правительства в целом с использованием методов, базирующихся на первоначальном опыте применения инструментов “оценки воздействия на здоровье” или “оценки последствий для равенства в уровне здоровья”<sup>61,62,63</sup>. Хотя эти инструменты все еще находятся в стадии разработки, спрос на проведение такого



### Вставка 4.5 Руководящие принципы оценки последствий для здоровья, принятые в Европейском союзе<sup>68</sup>

Согласно Руководящим принципам Европейского союза, ответы на следующие вопросы помогут сформировать основу для оценки воздействия на уровень здоровья планируемых мероприятий в области общественного здравоохранения.

#### Общественное здравоохранение и безопасность

Предлагаемая мера политики:

- затрагивает здоровье и безопасность отдельных людей или групп населения, в том числе продолжительность жизни, уровень смертности и заболеваемости, за счет воздействия на социально-экономическую среду, например, условия труда, доходы, образование, род занятий или питание?
- увеличивает или уменьшает вероятность биотерроризма?
- увеличивает или уменьшает вероятность рисков для здоровья от веществ, наносящих вред природной среде?
- воздействует на здоровье в результате изменения уровня шума или качества воздуха, воды или почвы в населенных районах?
- воздействует на здоровье в результате изменений в использовании энергии или утилизации отходов?
- воздействует на связанные с образом жизни детерминанты здоровья, такие как употребление табака или алкоголя либо физическая активность?
- оказывает конкретное воздействие на определенные группы риска (выделяемые на основании возраста, пола, нетрудоспособности, социальной группы, мобильности, региона и т. д.)?

#### Доступ к системам социальной защиты, охраны здоровья и образования и последствия для этих систем

Предлагаемая мера политики:

- оказывает воздействие на качество и доступность услуг?
- оказывает воздействие на уровень образования и мобильность работников (здравоохранения, образования и т. д.)?
- затрагивает доступ людей к государственному или частному образованию либо профессиональной подготовке и к продолжению обучения?
- затрагивает трансграничное предоставление услуг, направление к врачам в другие страны и сотрудничество в приграничных районах?
- затрагивает финансирование и организацию систем социального обеспечения, здравоохранения и образования (в том числе профессиональной подготовки) и доступ к ним?
- затрагивает университеты и академические свободы или самоуправление?

анализа возрастает – от местного уровня до высшего руководства наднационального уровня (вставка 4.5). Накапливаются фактические данные об их успешном применении с целью влияния на меры государственной политики<sup>64,65,66</sup>, при этом они представляют собой стратегический способ организации более содержательных межсекторальных дискуссий. Это само по себе является внедрением в один из наиболее трудноконтролируемых аспектов использования имеющейся фактической базы: явная потребность в более систематическом сообщении данных о потенциальных положительных результатах для уровня здоровья, получаемых за счет совершенствования мер государственной политики. Директивные органы, особенно в других секторах, недостаточно информированы о последствиях для здоровья осуществляемых ими политических мер

и о потенциальной пользе, которую можно из них извлечь. Контакты за рамками круга специалистов не менее важны, чем представление фактических данных, и требуют намного более эффективных подходов к распространению фактических данных среди лиц, отвечающих за принятие решений<sup>67</sup>. Формирование структуры фактических данных об уровне здоровья населения с точки зрения последствий политических мер для здоровья вместо традиционных способов общения между специалистами в области здравоохранения обладает потенциалом для радикального изменения характера и качества политического диалога.

#### Меняющийся институциональный ландшафт

Наряду с отсутствием фактических данных, сферой, где возникают новые возможности, является институциональный потенциал для разработки

мер государственной политики, ориентированных на цели ПМСП. Несмотря на нежелание, в том числе со стороны доноров, выделять значительные средства Национальным институтам общественного здравоохранения (НИОЗ)<sup>69</sup>, директивные органы в значительной степени опираются на них или на их функциональные эквиваленты. Во многих странах НИОЗ являются основными центрами независимой технической экспертизы в области общественного здравоохранения, но, помимо этого, в более широком смысле – в области мер государственной политики. У некоторых из них престижный “послужной список”: Фиокрус (Fiocruz) в Бразилии, Институт тропической медицины “Педро Коури” (Instituto de Medicina Tropical “Pedro Kouri”) на Кубе, Кансантервейслаитос (Kansanterveyslaitos) в Финляндии, Центры контроля и профилактики заболеваний в Соединенных Штатах или Национальный институт гигиены и эпидемиологии во Вьетнаме. Они свидетельствуют о значении, которое страны придают возможностям использования такого потенциала<sup>69</sup>. Однако все больше этот потенциал оказывается неспособным справляться с многочисленными новыми требованиями к мерам государственной политики, направленным на охрану здоровья или улучшение уровня здоровья. В результате традиционные национальные и глобальные институты в области общественного здравоохранения остаются с чрезмерно обширным, недостаточно финансируемым мандатом, в результате чего возникают проблемы расфокусированности и трудности сосредоточения критической массы диверсифицированных и специализированных экспертных знаний и опыта (рис. 4.4).

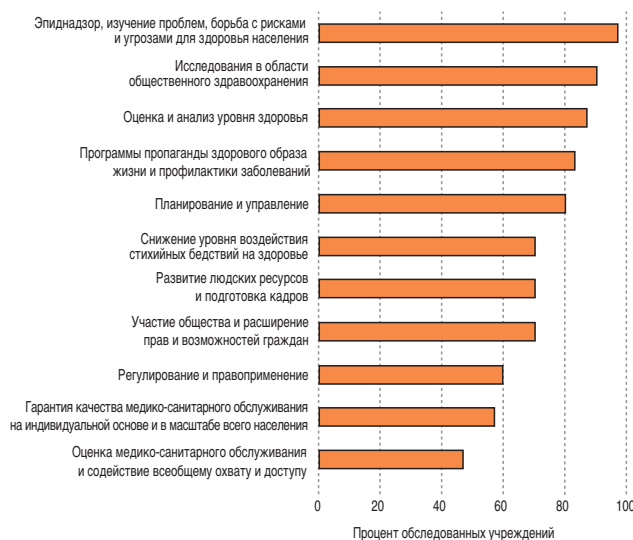
Тем временем институциональная ситуация меняется по мере того, как потенциал для поддержки мер государственной политики распространяется на большое число национальных и наднациональных учреждений. Количество организаций, предоставляющих экспертные знания и часто специализирующихся на каком-либо аспекте государственной политики, значительно возросло, и теперь в их число входят самые разнообразные учреждения, включая научно-исследовательские центры, фонды, учебные заведения, независимые консорциумы и “мозговые центры”, проекты, технические организации и разнообразные инициативы. Совет Фонда здорового образа жизни в Малайзии, Консультативный совет по проблемам алкоголя в Новой Зеландии

или Комиссия по пропаганде здорового образа жизни в Эстонии свидетельствуют о диверсификации источников финансирования, которые могут включать гранты на проведение научных исследований, контракты, государственные субсидии, пожертвования или обременение налогами продажи табака и алкоголя. В результате складывается более сложная и распыленная, но при этом и более богатая сеть специальных знаний и квалифицированных кадров.

Можно достичь значительного эффекта масштаба в результате международного сотрудничества по самым разным вопросам государственной политики. Например, Международная Ассоциация национальных институтов общественного здравоохранения (IANPHI) помогает странам в разработке стратегий развития институционального потенциала<sup>70</sup>. В этом контексте институциональное строительство должно предусматривать осмотрительное осуществление стратегий, направленных на специализацию и взаимодополняемость, и уделять внимание проблеме руководства и координации действий.

В то же время возникают перспективы преобразования производства высоко диверсифицированной и специализированной рабочей силы, необходимой для совершенствования мер государственной политики. Школы подготовки работников здравоохранения, медицинской помощи и сестринского обслуживания на уровне

Рисунок 4.4 Важнейшие функции общественного здравоохранения, включенные в портфель 30 национальных учреждений здравоохранения<sup>69</sup>





общин традиционно служили главными институциональными источниками создания такой рабочей силы. Однако они дают слишком мало профессиональных кадров, которые прежде всего занимаются борьбой с болезнями и классической эпидемиологией и обычно бывают плохо подготовлены для гибкого подхода к профессиональной деятельности, непрерывного обучения и скоординированного руководства.

Мультицентричное институциональное развитие создает возможности для фундаментального переосмысления учебных программ и институциональных форм образования до начала практической работы, включая подготовку без отрыва от производства в тесном контакте с учреждениями, обладающими и развивающими профессиональные знания<sup>71</sup>. Обнадеживающие признаки обновления в этом отношении наблюдаются в регионе Юго-Восточной Азии ВОЗ (SEARO), опыт которого следует использовать для стимулирования аналогичного мышления и действий в других странах<sup>27</sup>. Расширяющийся трансграничный обмен опытом и профессиональными знаниями в сочетании с глобальной заинтересованностью в улучшении потенциала для формирования государственной политики создает новые возможности – не просто для подготовки профессиональных медицинских кадров в требуемом количестве, но, прежде всего, профессиональных кадров с более широким мировоззрением, которые более подготовлены для решения сложных задач в области общественного здравоохранения в будущем.

### **Эффективные глобальные меры в области общественного здравоохранения, обеспечивающие соблюдение принципа справедливости**

Во многих странах функции охраны здоровья и социального обеспечения передаются на местный уровень. В то же время финансовая, торговая, промышленная и сельскохозяйственная политика перемещается на международный уровень: результаты в области здоровья должны достигаться на местах, тогда как воздействие на детерминанты здоровья оказывается на международном уровне. Страны все больше увязывают свои меры государственной политики с мерами, принимаемыми глобализованным миром. Этот подход включает одновременно благоприятные возможности и риски.

Адаптируясь к глобализации, фрагментированные сферы политической компетенции в рамках национальных систем государственного управления находят пути сближения. Различные министерства, в том числе здравоохранения, сельского хозяйства, финансов, торговли и иностранных дел, теперь вместе изучают возможности сделать более информированными свои позиции перед началом переговоров, предоставляют информацию в ходе переговоров, а также взвешивают издержки и выгоды альтернативных вариантов политики в отношении охраны здоровья, экономики и будущего своего народа. Этот рост глобальной “взаимозависимости” здравоохранения сопровождается быстрым распространением видов деятельности на глобальном уровне. Таким образом, задача состоит в обеспечении адекватного включения всех участников и секторов в возникающие системы управления, чутко реагирующие на местные нужды и требования, подотчетные и ориентированные на социальную справедливость<sup>72</sup>. Возникновение в последнее время глобального продовольственного кризиса придает дополнительную легитимность вкладу сектора здравоохранения в формирование глобальных ответных мер. Постепенно открывается возможность для рассмотрения вопросов охраны здоровья в торговых соглашениях, которые согласовываются в рамках Всемирной торговой организации. Хотя реализация этой возможности оказалась проблематичной, гибкие положения, согласованные в Дохе, о включении в Соглашение по связанным с торговлей аспектам прав интеллектуальной собственности, (ТРИПС)<sup>73</sup>, требования об обязательном лицензировании лекарственных средств, служат примером формирующейся глобальной политики в области охраны здоровья.

Возрастает потребность в глобальных нормах и стандартах по мере смещения угроз для здоровья из районов, где меры безопасности ужесточаются, в районы, где они едва существуют. Сведение воедино необходимых знаний и технологий – процесс сложный и дорогостоящий. Страны все больше зависят от глобальных механизмов и глобального сотрудничества<sup>74</sup>. Эта тенденция возникла более 40 лет назад при создании Комиссии по Codex Alimentarius в 1963 году Продовольственной и сельскохозяйственной организацией (ФАО) и ВОЗ с целью координации международных продовольственных стандартов и защиты потребителей. Другим имеющим давнюю историю примером

является Международная программа по химической безопасности, созданная в 1980 году совместными усилиями ВОЗ, Международной организации труда (МОТ) и Программы Организации Объединенных Наций по окружающей среде (ЮНЕП). В Европейском союзе стандарты в области охраны здоровья разрабатываются совместно с различными учреждениями и применяются на всей территории Европы. Учитывая стоимость и сложность проведения мониторинга безопасности лекарственных средств, многие страны принимают и используют стандарты Управления по контролю за пищевыми продуктами и лекарственными препаратами США (FDA). ВОЗ устанавливает глобальные стандарты допустимого уровня по многим загрязняющим веществам. Между тем, страны должны либо осуществлять эти процессы самостоятельно, либо

обеспечить доступ к стандартам других стран или международных учреждений, адаптированным к своим условиям.

Необходимость глобальных мер в области общественного здравоохранения выдвигает, таким образом, новые требования к потенциалу и решимости руководства здравоохранением в соответствии с потребностью в охране здоровья своих общин. Меры, осуществляемые на местном уровне, должны сопровождаться координацией действий различных заинтересованных сторон и секторов внутри страны. Необходимо также решать задачи охраны здоровья в общемировом масштабе посредством глобального сотрудничества и согласования. Как показано в следующей главе, в этом состоит одна из ключевых функций государства.

## Библиография

- Sen A. *Development as freedom*. Oxford, Oxford University Press, 1999.
- Fegan GW et al. Effect of expanded insecticide-treated bednet coverage on child survival in rural Kenya: a longitudinal study. *Lancet*, 2007, 370:1035–1039.
- Liu Y. China's public health-care system: facing the challenges. *Bulletin of the World Health Organization*, 2004, 82:532–538.
- Kaufman JA. China's health care system and avian influenza preparedness. *Journal of Infectious Diseases*, 2008, 197(Suppl. 1):S7–S13.
- Ståhl T et al, eds. *Health in all policies: prospects and potentials*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health, 2006.
- Berer M. National laws and unsafe abortion: the parameters of change. *Reproductive Health Matters*, 2004, 12:1–8.
- Grimes DA et al. Unsafe abortion: the preventable pandemic. *Lancet*, 2006, 368:1908–1919.
- Sommer A, Mosley WH. East Bengal cyclone of November 1970: epidemiological approach to disaster assessment. *Lancet*, 1972, 1:1029–1036.
- Bern C et al. Risk factors for mortality in the Bangladesh cyclone of 1991. *Bulletin of the World Health Organization*, 1993, 71:73–78.
- Chowdhury AM. Personal communication, 2008.
- Asaria P et al. Chronic disease prevention: health effects and financial costs of strategies to reduce salt intake and control tobacco use. *Lancet*, 2007, 370:2044–2053.
- World abortion policies 2007*. New York NY, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2007 (ST/ESA/SER.A/264, Wallchart).
- Unsafe abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003*, 5th ed. Geneva, World Health Organization, 2007.
- Maternal health and early childhood development in Cuba*. Ottawa, Committee on Social Affairs, Science and Technology, 2007 (Second Report of the Subcommittee on Population Health of the Standing Senate).
- Evans RG, Thomas McKeown, meet Fidel Castro: physicians, population health and the Cuban paradox. *Healthcare Policy*, 2008, 3:21–32.
- Spiegel JM, Yassi A. Lessons from the margins of globalization: appreciating the Cuban health paradox. *Journal of Public Health Policy*, 2004, 25:85–110.
- The World Health Report – Health systems: improving performance*. Geneva, World Health Organization, 2000.
- Everybody's business – strengthening health systems to improve health outcomes. Geneva, World Health Organization, Health Systems Services, 2007.
- Hogerzeil HV. The concept of essential medicines: lessons for rich countries. *BMJ*, 2004, 329:1169–1172.
- Measuring medicine prices, availability, affordability and price components*, 2nd ed. Geneva, Health Action International and World Health Organization, 2008 (<http://www.haiweb.org/medicineprices/>, accessed 20 August 2008).
- Black RE, Morris SS, Bryce J. Where and why are 10 million children dying every year? *Lancet*, 2003, 361:2226–2234.
- Supply annual report 2007*. Copenhagen, United Nations Children's Fund Supply Division, 2008.
- Tambini G et al. Regional immunization programs as a model for strengthening cooperation among nations. *Revista panamericana de salud pública*, 2006, 20:54–59.
- EPI Revolving Fund: quality vaccines at low cost. *EPI Newsletter*, 1997, 19:6–7.
- Maturu R, Ryan T. The global drug facility: a unique, holistic and pioneering approach to drug procurement and management. *Bulletin of the World Health Organization*, 2007, 85:348–353.
- Annual Report*. Wellington, Pharmaceutical Management Agency, 2007.
- The World Health Report 2006 - Working together for health*. Geneva, World Health Organization, 2006.
- Victoria CG et al. Achieving universal coverage with health interventions. *Lancet*, 2004, 364:1555–1556.
- Freitas do Amaral JJ et al. Multi-country evaluation of IMCI, Brazil study. Ceará, Federal University of Ceará, ND.
- Sontag S. *AIDS and its metaphors*. New York, NY, Farrar, Straus & Giroux, 1988.
- Mann JM et al, eds. *Health and human rights: a reader*. New York NY, Routledge, 1999.
- Friedman S, Mottiar S. A rewarding engagement? The treatment action campaign and the politics of HIV/AIDS. *Politics and Society*, 2005, 33:511–565.
- Ottawa Charter for Health Promotion. In: *First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986*. Geneva, World Health Organization, Department of Human Resources for Health, 1986 (WHO/HPR/HEP/95.1; [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa\\_charter\\_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf), accessed 2 July 2008).
- Ezzati M et al. Comparative risk assessment collaborating group. Estimates of global and regional potential health gains from reducing multiple major risk factors. *Lancet*, 2003, 362:271–280.
- Friel S, Chopra M, Satcher D. Unequal weight: equity oriented policy responses to the global obesity epidemic. *BMJ*, 2007, 335:1241–1243.
- Satcher D, Higginbotham EJ. The public health approach to eliminating disparities in health. *American Journal of Public Health*, 2008, 98:400–403.



37. Commission on Social Determinants of Health. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report*. Geneva, World Health Organization, 2008 (in press).
38. *The World Health Report 2007 – A safer future: global public health security in the 21st century*. Geneva, World Health Organization, 2007.
39. Satterthwaite D. In pursuit of a healthy urban environment. In: Marcotullio PJ, McGranahan G, eds. *Scaling urban environmental challenges: from local to global and back*. London, Earthscan, 2007.
40. Taylor CE, Taylor HG. Scaling up community-based primary health care. In: Rohde J, Wyon J, eds. *Community-based health care: lessons from Bangladesh to Boston*. Boston, Management Sciences for Health, 2002.
41. WHO/Public Health Agency Canada Collaborative Project. *Improving health equity through intersectoral action*. Geneva, World Health Organization, 2008 (in press).
42. Puska P. Health in all policies. *European Journal of Public Health*, 2007, 17:328.
43. Chami Y, Hammou J, Mahjour J. Lessons from the Moroccan national trachoma control programme. *Community Eye Health*, 2004, 17:59.
44. Dye C et al. The decline of tuberculosis epidemics under chemotherapy: a case study in Morocco. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2007, 11:1225–1231.
45. Senegal: outbreak of lead intoxication in Thiaroye sur Mer 20 June 2008. Geneva, World Health Organization, 2008 ([http://www.who.int/environmental\\_health\\_emergencies/events/Senegal2008/en/index.html](http://www.who.int/environmental_health_emergencies/events/Senegal2008/en/index.html), accessed 21 July 2008).
46. Muhlrad N. *Road safety management in France: political leadership as a path to sustainable progress*. Paper presented at: Gambit 2004 Road Safety Conference, Gdansk, April 2004.
47. *Our cities, our health, our future: acting on social determinants for health equity in urban settings*. Geneva, World Health Organization, 2007.
48. Koivusalo M. Moving health higher up the European agenda. In: Ståhl T et al, eds. *Health in all policies: prospects and potentials*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health, 2006:21–40.
49. Gilson L et al. *Challenging health inequity through health systems*. Geneva, World Health Organization, 2007.
50. *WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package*. Geneva, World Health Organization, 2008.
51. Anaudova A. *Seventh Futures Forum on Unpopular Decisions in Public Health*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, 2005.
52. Allin S et al. *Making decisions on public health: a review of eight countries*. Geneva, World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.
53. Setel PW et al. on behalf of the Monitoring of Vital Events (MoVE) writing group. A scandal of invisibility: making everyone count by counting everyone. *Lancet*, 2007 (published online: DOI: 10.1016/S0140-6736(07)61307-5).
54. Mahapatra P et al. on behalf of the Monitoring of Vital Events (MoVE) writing group. Civil registration systems and vital statistics: successes and missed opportunities. *Lancet*, 2007 (published online: DOI: 10.1016/S0140-6736(07)61308-7).
55. AbouZahr C et al. on behalf of the Monitoring of Vital Events (MoVE) writing group. The way forward. *Lancet*, 2007 (published online: DOI: 10.1016/S0140-6736(07)61310-5).
56. Volmink J et al. AM. Research synthesis and dissemination as a bridge to knowledge management: the Cochrane Collaboration. *Bulletin of the World Health Organization*, 2004, 82:778–783.
57. Halstead SB, Tugwell P, Bennett K. The International Clinical Epidemiology Network (INCLIN): a progress report. *Journal of Clinical Epidemiology*, 1991, 44:579–589.
58. Waters E et al. Cochrane Collaboration. Evaluating the effectiveness of public health interventions: the role and activities of the Cochrane Collaboration. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2006, 60:285–289.
59. Sweet M, Moynihan R. *Improving population health: the uses of systematic reviews*. New York NY, Milbank Memorial Fund, 2007.
60. Davies P, Boruch R. The Campbell Collaboration does for public policy what Cochrane does for health. *BMJ*, 2001, 323:294–295.
61. *An idea whose time has come: New opportunities for HIA in New Zealand public policy and planning*. Wellington, Public Health Advisory Committee, 2007.
62. Harris P et al. *Health impact assessment: a practical guide*. Sydney, University of New South Wales, 2007.
63. Wismar M et al. Implementing and institutionalizing health impact assessment in Europe. In: Ståhl T et al, eds. *Health in all policies: prospects and potentials*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health, 2006.
64. Blau J et al. The use of health impact assessment across Europe. In: Ståhl T et al, eds. *Health in all policies: prospects and potentials*. Helsinki, Ministry of Social Affairs and Health, 2006.
65. Dannenberg AL et al. Use of health impact assessment in the US: 27 case studies, 1999–2007. *American Journal of Preventive Medicine*, 2008, 34:241–256.
66. Wismar M et al, eds. *The effectiveness of health impact assessment: scope and limitations of supporting decision-making in Europe*. Geneva, World Health Organization, 2007.
67. Jewell CJ, Bero LA. Developing good taste in evidence: facilitators of and hindrances to evidence-informed health policymaking in state government. *The Milbank Quarterly*, 2008, 86:177–208.
68. *Communication from the Commission on Better Regulation for Growth and Jobs in the European Union*. Brussels, European Commission, 2005 (COM (2005) 97 final).
69. Binder S et al. National public health institutes: contributing to the public good. *Journal of Public Health Policy*, 2008, 29:3–21.
70. *Framework for the creation and development of national public health institutes*. Helsinki, International Association of National Public Health Institutes, 2007.
71. Khaleghian P, Das Gupta M. *Public management and the essential public health functions*. Washington DC, The World Bank, 2004 (World Bank Policy Research Working Paper 3220).
72. Kickbusch I. A new agenda for health. *Perspectives in Health*, 2004, 9:8–13.
73. *World Trade Organization Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health. Ministerial Conference, 4th Session, Doha, 9–14 November 2001*. 2001 (WT/MIN(01)/DEC/2).
74. Wilk EA van der et al. *Learning from our neighbours – cross-national inspiration for Dutch public health policies: smoking, alcohol, overweight, depression, health inequalities, youth screening*. Bilthoven, National Institute for Public Health and the Environment, 2008 (RIVM Rapport 270626001; <http://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/270626001.pdf>, accessed 30 July 2008).





# Руководство и эффективное управление



*В предыдущих главах рассматривались пути преобразования систем здравоохранения, с тем чтобы их работа по повышению уровня здоровья населения строилась на принципах, которые ценятся людьми: справедливость, ориентированность на человека, уверенность в том, что органы здравоохранения выполняют свои функции по охране общественного здоровья в целях обеспечения благополучия всех общин. Такие реформы ПМСП требуют новых форм руководства в секторе здравоохранения. В данной главе сначала разъясняется, почему необходимо, чтобы государственный сектор играл важную роль в руководстве и управлении реформами общественного здравоохранения, и при этом подчеркивается, что осуществляться эта функция должна посредством партнерских моделей политического диалога с многочисленными заинтересованными сторонами, поскольку именно этого ожидает население, а также потому, что это наиболее эффективный путь. Далее в главе рассматриваются стратегии повышения эффективности мер по осуществлению реформ и управления определяющими их политическими процессами.*

## Глава 5

Правительство как посредник при осуществлении реформ ПМСП	90
Эффективный политический диалог	95
Управление политическим процессом: от разработки реформы к ее реализации	102

## Правительство как посредник при осуществлении реформ ПМСП

### Посредничество при заключении общественного договора по вопросам здравоохранения

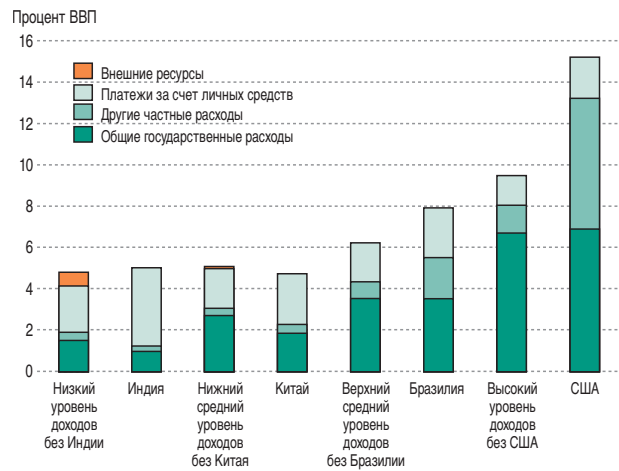
Основную ответственность за формирование национальных систем здравоохранения несет правительство. Формирование не означает, что правительство должно – или может – собственными силами реформировать весь сектор здравоохранения в целом. Свою роль должны сыграть различные группы: национальные политики и местные органы власти, работники здравоохранения, научное сообщество и организации гражданского общества, а также глобальное сообщество работников здравоохранения. Тем не менее, ответственность за охрану здоровья, возложенная на государственные учреждения, уникальна, и основу ее составляют твердый политический курс и широкие ожидания<sup>1</sup>.

В политическом аспекте легитимность правительств и поддержка их населением зависят от их способности защитить своих граждан и осуществить функции перераспределения. Управление охраной здоровья служит одним из важнейших государственно-политических инструментов институционализированного осуществления защиты граждан и перераспределения ресурсов. В современном государстве обязанностью правительства является охрана здоровья, гарантирование доступа к услугам здравоохранения и обеспечение защиты населения от обнищания в случае заболевания. Эти функции постоянно расширялись и стали включать преодоление рыночных сбоев, характерных для сектора здравоохранения<sup>2</sup>. С начала XX века охрана здоровья и медицинская помощь постепенно стали восприниматься как блага, которые гарантируются правительствами и занимают центральное место в общественном договоре между государством и его гражданами. Значение систем здравоохранения как одного из важнейших элементов общественного договора в модернизирующихся обществах с наибольшей очевидностью проявляется в период восстановления после войны или стихийных бедствий: воссоздание служб здравоохранения считается одним из первых реальных признаков возвращения общества к нормальной жизни<sup>3</sup>.

Легитимность государственного вмешательства базируется не только на соображениях социального и политического характера. Существуют

еще и ключевые субъекты экономики – производители медицинского оборудования, фармацевтическая промышленность и профессиональные медицинские кадры, – заинтересованные в том,

Рисунок 5.1 Доля ВВП, расходуемая на охрану здоровья, 2005 год<sup>4</sup>



чтобы правительства брали на себя ответственность за охрану здоровья населения, обеспечивая функционирование жизнеспособного рынка медицинских услуг, поскольку дорогостоящую современную экономику здравоохранения невозможно поддерживать без распределения рисков и объединения ресурсов. Фактически, в странах с наиболее высокими расходами на охрану здоровья уровень государственного финансирования сектора здравоохранения тоже самый высокий (рис. 5.1).

Даже в США исключительные показатели обеспечиваются не за счет более низкого уровня государственных расходов – при 6,9% ВВП он не ниже, чем средний показатель по странам с высоким уровнем доходов 6,7%, – а за счет особенно высокого уровня дополнительных частных расходов. Постоянными низкими показателями сектора здравоохранения США по результатам, качеству, доступности, эффективности и равенству в предоставлении медико-санитарных услуг<sup>5</sup> объясняются данные социальных опросов, свидетельствующие о росте единодушия в отношении государственного вмешательства с целью обеспечения более равноправного доступа к основным услугам здравоохранения<sup>6,7</sup>.

Основанием для более активного руководства сектором здравоохранения со стороны государства, таким образом, служит стремление повысить уровень эффективности и равенства. Эта



важнейшая функция руководства зачастую неправильно трактуется как мандат на централизованное планирование и полностью административное регулирование сектора здравоохранения. Хотя некоторые проблемы здравоохранения, такие как чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения или искоренение болезни, могут потребовать авторитарного командно-административного управления, эффективность руководства все более обуславливается “посредническими функциями” в целях решения текущих и будущих сложных проблем в области здоровья. Интересы органов государственной власти, сектора здравоохранения и населения тесно переплетены. В результате этого в течение многих лет все институты медицинской помощи, такие как подготовка, аккредитация, оплата, больницы, права на получение услуг и т. д., были предметом яростных споров о том, насколько широкое определение следует давать “государству всеобщего благосостояния” и сопутствующим ему коллективным социальным благам<sup>8,9</sup>. Это означает, что государственные и квазигосударственные институты должны осуществлять функции посредника при заключении общественного договора между медицинскими учреждениями<sup>10</sup>. В странах с высоким уровнем доходов в настоящее время система здравоохранения и государство, как представляется, неразрывно связаны между собой. В странах с низким и средним уровнем доходов государство зачастую играет более заметную роль, однако, как это ни парадоксально, выполняет ее менее эффективно в плане управления сектором здравоохранения. Особенно очевидно это было в 1980-х и 1990-х годах, когда некоторые из этих стран прошли суровое испытание в условиях конфликтов и экономического спада. В результате их системы здравоохранения пошли по пути, весьма отличному от целей и ценностей, отстаиваемых движением в поддержку ПМСП.

### Отказ от регулирования и его последствия

Во многих социалистических и постсоциалистических странах, переживающих экономическую перестройку, государство решительно отказалось от своей прежней главенствующей роли в области охраны здоровья. Отмена государственного регулирования сектора здравоохранения в Китае в 1980-е годы и последующий резкий рост оплаты медицинских услуг из личных средств пациентов

представляли именно такой случай, который служит предостережением для остального мира<sup>11</sup>. Резкое ухудшение в предоставлении медико-санитарных услуг и социальной защиты, особенно в сельских районах, привело к заметному замедлению роста ожидаемой продолжительности жизни<sup>11,12</sup>. Это заставило Китай пересмотреть свою политику и восстановить руководящую роль правительства, и этот процесс еще далек от завершения (вставка 5.1)<sup>13</sup>.

Аналогичный сценарий отказа от регулирования наблюдался во многих странах Центральной и Восточной Европы и Содружества независимых государств (ЦВЕ-СНГ). В начале 1990-х годов государственные расходы на цели здравоохранения снизились настолько, что управление базовой системой стало практически невозможным. Это привело к значительному снижению уровня продолжительности жизни<sup>17</sup>. Катастрофическое увеличение расходов на медико-санитарные услуги стало одной из главных причин бедности<sup>18</sup>. В последнее время уровень финансирования стабилизировался или даже вырос, но существенных улучшений в показателях здоровья населения пока не последовало, а социально-экономическое неравенство в области здоровья и доступа к медико-санитарным услугам возрастает. Фактические данные и тенденции, связанные с этим ростом, а также расширение применения механизмов неофициальной оплаты медико-санитарных услуг свидетельствуют, что возвращение к регулированию все еще происходит не в достаточной степени.

В других странах, и наиболее заметно в странах с низким уровнем доходов и неустойчивой экономикой, отсутствие или отход государства от исполнения своих функций в области охраны здоровья населения отражает более широкий контекст застоя в экономике, политического и социального кризиса и слабости государственного управления<sup>19</sup>. В таких условиях государственное руководство зачастую становится недееспособным и деинституализируется<sup>20</sup>, проявляя слабость, которая усугубляется отсутствием финансовых рычагов для управления сектором здравоохранения. Глобальная политика в области развития часто углубляет трудности, с которыми сталкиваются правительства, принимая на себя соответствующие функции, по двум причинам.

■ В глобальной повестке дня в области развития в 1980-х и 1990-х годах преобладала обеспокоенность в связи с проблемами, создаваемыми

### Вставка 5.1 Отказ от государственного регулирования в Китае и возвращение к нему

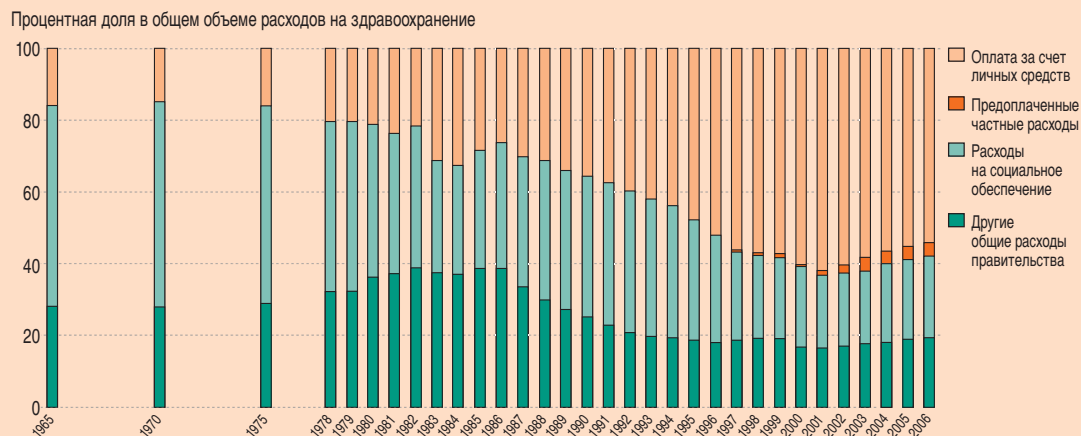
В течение 1980-х и 1990-х годов уход государства из сектора здравоохранения привел к тому, что все большему числу китайских домохозяйств пришлось столкнуться с катастрофически высокой стоимостью медицинского обслуживания. В результате миллионы семей как в сельских, так в городских районах оказались неспособными нести такие затраты и были фактически исключены из сферы медико-санитарной помощи. В городах государственная система страхования (ГСС) и система страхования по месту работы (СМР) прежде охватывали полным либо частичным медицинским страхованием более половины населения. Однако под воздействием ускорения экономических преобразований в 1990-е годы структурные недостатки этих систем достигли критического уровня. Доля городского населения Китая, вообще не охваченного медицинским страхованием или программами страхования от болезней, увеличилась с 27,3% в 1993 году до 44,1% в 1998 году<sup>14</sup>. К концу века платежи за счет личных средств составляли свыше 60% затрат на медико-санитарные услуги. Кризис активизировал усилия по развороту этой тенденции в обратном направлении: схема объединения ресурсов и предоплаты способствовало введению в 1998 году Базового медицинского страхования (БМС) для работающих горожан.

Финансируемое за счет обязательных взносов рабочих и служащих БМС призвано заменить собой старые системы ГСС и СМР. БМС направлено на расширение охвата при относительно небольших объемах пособий, увязываемое с эластичностью, которая позволяет разрабатывать различные виды “пакетов” в соответствии с местными потребностями участвующих муниципалитетов. По структуре БМС делится на две части: личные сберегательные счета и общественные объединенные фонды. В общих чертах финансовые отчисления из заработной платы работника поступают на его или ее индивидуальный сберегательный счет, тогда как отчисления работодателя делятся между индивидуальными сберегательными счетами и общественным объединенным фондом в различных процентных долях в зависимости от возрастной группы, к которой принадлежит работник.

Финансовые средства в новой системе БМС объединяются на муниципальном или городском уровне, а не по отдельным предприятиям, что значительно укрепляет потенциал для распределения рисков. Каждый муниципальный орган власти разрабатывает собственные правила использования средств индивидуальных сберегательных счетов и общественных объединенных фондов (двух структурных элементов системы). Индивидуальные сберегательные счета покрывают стоимость амбулаторных медико-санитарных услуг, а общественный объединенный фонд предназначен для покрытия расходов на лечение в стационарных учреждениях<sup>14</sup>.

С моделью БМС связаны значительные трудности, в частности, в отношении равноправия, которые еще предстоит устранить. Например, как показывают исследования, в городских районах более состоятельные группы населения чаще пользуются преимуществами положений БМС, чем домохозяйства с очень низким уровнем доходов; при этом работающие в неофициальном секторе остаются на периферии этой системы. Тем не менее, БМС достигло определенного прогресса в расширении охвата медицинским страхованием и доступа к услугам для городского населения Китая, способствуя приостановлению губительных тенденций 1980-х и 1990-х годов и в то же время нахождению новой, посреднической роли для государственных учреждений.

**Рисунок 5.2** Расходы на здравоохранение в Китае: уход государства в 1980-е и 1990-е годы и его возвращение в последнее время



Источники: с 1965 по 1975 год<sup>15</sup>; с 1978 по 1994 год<sup>16</sup>; с 1995 по 2006 год<sup>4</sup>.



чрезмерным участием государства в экономике<sup>21</sup>. Рецепты структурной перестройки и сокращения государственного регулирования тех десятилетий до сих пор оказывают сдерживающее воздействие на восстановление потенциала руководства. Государственное финансирование в беднейших странах стало непредсказуемым, что затрудняет либо делает невозможными среднесрочные обязательства по обеспечению роста сектора здравоохранения. Планирование на основе потребностей стало скорее исключением, чем правилом в области здравоохранения, поскольку ключевые бюджетно-финансовые решения принимаются при слабом понимании возможных последствий для сектора здравоохранения, а министерства здравоохранения не в состоянии эффективно добиваться приоритетного увеличения бюджетных ассигнований<sup>22</sup>.

- На протяжении десятилетий повестка дня международного сообщества, в том числе ВОЗ, в области здравоохранения формировалась больше вокруг проблем болезней и принимаемых медико-санитарных мер, нежели задач, стоящих перед системами здравоохранения. Несмотря на то, что эта повестка дня, безусловно, способствовала лучшему пониманию бремени болезней, поражающих бедные страны, она также оказывала глубокое влияние на структуру государственных и квазигосударственных институтов в странах с низким и средним уровнем доходов. Возникающая в результате фрагментация управления сектором здравоохранения отвлекает внимание от таких важных проблем, как организация первичной медико-санитарной помощи, борьба с коммерциализацией сектора здравоохранения, человеческие ресурсы для преодоления кризисов в области охраны здоровья.

Неблагоприятные последствия этой тенденции особенно отчетливо проявляются в странах, зависящих от внешней помощи, поскольку она обуславливает порядок распределения средств<sup>23</sup>. Несоразмерные инвестиции в ограниченное число программ борьбы с определенными болезнями, рассматриваемых как глобальные приоритеты в странах, зависящих от поддержки извне, отвлекают ограниченные силы министерств здравоохранения от их первостепенной роли посредника в комплексном планировании, касающемся первичной медико-санитарной помощи и здоровья населения. В результате многочисленные

разрозненные потоки финансирования и сегментированность предоставления услуг ведут к дублированию, неэффективности и контрпродуктивной конкуренции в борьбе за ресурсы между различными программами. Следовательно, массированная мобилизация глобальной солидарности не способна компенсировать возрастающий разрыв между потребностями стран и глобальной помощью, а также между ожиданиями населения в отношении достойного медико-санитарного обслуживания и приоритетами, устанавливаемыми руководителями сектора здравоохранения этих стран. Более того, увеличение числа механизмов притока помощи и новых учреждений-исполнителей еще более усложняют задачи, стоящие перед слабыми государственными бюрократиями в странах, зависящих от донорской помощи, увеличивая транзакционные издержки для тех стран, которые наименее способны их оплатить<sup>24</sup>. Решение краткосрочных задач международных партнеров требует такого расходования сил, что их не хватает для работы с многочисленными заинтересованными сторонами внутри страны – работниками здравоохранения, организациями гражданского общества, политиками и другими, – хотя именно в этой сфере, в конечном итоге, руководство имеет наибольшее значение. Как справедливо утверждается в последние годы сторонниками этой идеи, само по себе улучшение координации действий между донорами эту проблему не решит: существует также острая необходимость в reinvestировании средств в потенциал управления.

### Участие и переговоры

Необходимое reinvestирование средств в государственные или квазигосударственные институты не может означать возврат к командно-административной системе управления в области здравоохранения. Системы здравоохранения слишком сложны: области современного государства и гражданского общества взаимосвязаны, при этом их границы постоянно смещаются<sup>25</sup>. Профессиональные кадры в значительной мере определяют характер управления здравоохранением<sup>26</sup>, а общественные движения и квазигосударственные самостоятельные институты, как упоминалось в главе 2, становятся сложными по структуре и влиятельными субъектами политики<sup>27</sup>. Пациенты, медицинские работники, коммерсанты и другие группы организуются в целях укрепления своих позиций в переговорах и

## Вставка 5.2 Регулирование национального курса с помощью политического диалога: пример трех стран

В Канаде комиссия, изучающая будущее здравоохранения, проанализировала данные обсуждений в фокус-группах и результаты общественных слушаний. Различные заинтересованные стороны и группы общественности ясно продемонстрировали, какое значение канадцы придают равноправному доступу к высококачественным медико-санитарным услугам, которые должны оказываться исходя из потребностей и независимо от возможности их оплаты. В то же время комиссия должна была обеспечить, чтобы эта полемика подкреплялась фактическими данными ведущих политических экспертов о реальной ситуации в системе здравоохранения страны. Важнейшее значение придавалось доказательствам того, что государственное финансирование здравоохранения обеспечивает достижение целей не только в отношении справедливости, но также и эффективности, ввиду роста административных расходов, связанных с частным финансированием. Дискуссия о ценностях и соответствующие фактические данные затем были объединены в политическом докладе за 2002 год, в котором был определен курс на развитие быстро реагирующей, устойчивой и финансируемой государством системы ПМСП, которая рассматривалась как «высшее проявление заботы канадцев друг о друге»<sup>37</sup>. Широкое использование политиками рекомендаций комиссии отражает эффективность основанного на фактических данных анализа и участия общественности.

В Бразилии первые семь национальных конференций Conferências Nacionais de Saúde, служивших платформой для национального политического диалога в секторе здравоохранения в 1941–1977 годах, четко придерживались подхода «сверху вниз» и касались только государственного сектора, при классическом продвижении от национальных планов к программам и расширению сети основных медико-санитарных услуг. Переломный момент наступил на 8-й конференции в 1980 году: число участников возросло с нескольких сотен до 4000, представляющих самые разные группы. Повестки дня этой и последующих конференций определялись в гораздо большей степени, чем прежде, такими ценностями, как демократичность, доступность, качество, гуманизация медико-санитарных услуг и общественный контроль. С 12-й национальной конференции в 2003 году начался третий этап консолидации: присутствовало 3000 делегатов, 80% из них были избранными, а в центре внимания находилось здоровье как право каждого и обязанность государства<sup>38</sup>.

Таиланд проходил через аналогичные этапы. Расширение охвата основными медико-санитарными услугами благодаря принятию министерством здравоохранения упреждающих мер, пролоббированных Ассоциацией сельских врачей, привело к тому, что в 1992 году было объявлено о начале Десятилетия развития центров здоровья. После экономического кризиса 1994 года сотрудники министерства начали мобилизацию сил гражданского общества и научных кругов для решения задач обеспечения всеобщего охвата, собрав в 1997 году несколько тысяч делегатов на Первый форум по реформе здравоохранения. Вскоре после этого были налажены связи с политическими кругами и была принята смелая программа обеспечения всеобщего доступа и социальной защиты, получившая название «политика 30 бат»<sup>39</sup>. С принятием в 2007 году Национального закона о здравоохранении участие заинтересованных сторон было институционализировано путем создания Национальной комиссии по здравоохранению, в которую входят специалисты в области медицины, представители гражданского общества и политики.

защиты своих интересов. Министерства здравоохранения также далеко не однородны: отдельные личности и программы конкурируют в борьбе за влияние и ресурсы, еще более затрудняя продвижение преобразований. Эффективная функция посредника в области здравоохранения должна прийти на смену существовавшим в прошлом чрезмерно упрощенным моделям управления и использовать новые механизмы политического диалога с участием многих заинтересованных сторон с целью выработки стратегических направлений реформ ПМСП<sup>28</sup>.

Основой политического диалога является участие ключевых заинтересованных сторон. По мере модернизации стран их граждане придают все большую значимость таким ценностям, как подотчетность обществу и участие. Во всем

мире рост благосостояния, интеллектуального уровня и социальных взаимосвязей сопровождается возрастающим стремлением населения к расширению своего участия в принятии решений<sup>29</sup> в отношении того, что происходит у них на рабочих местах или по месту жительства – отсюда необходимость ориентации на человека и участия местных общин, – а также влияющих на их жизнь важных государственных решений – что подчеркивает важность привлечения гражданского общества к общественному обсуждению политики по вопросам здравоохранения<sup>30</sup>.

Другой довод в пользу политического диалога состоит в том, что реформы ПМСП требуют широкого обсуждения вопросов политики с целью учета ожиданий различных заинтересованных сторон, оценки потребностей, спроса и будущих



проблем, а также для разрешения противоречий, неизбежно возникающих при осуществлении подобных реформ<sup>31</sup>. Органы здравоохранения и министерства здравоохранения, играющие первостепенную роль, должны объединить полномочия политических органов по принятию решений, рациональный подход научного сообщества, приверженность профессиональных кадров, а также ценности и ресурсы гражданского общества<sup>32</sup>. Этот процесс требует времени и сил (вставка 5.2). Не следует строить иллюзий относительно возможности достижения полного единодушия при формировании политики в области ПМСП, поскольку в нем действует слишком много противоречивых интересов. Однако, как свидетельствует опыт, легитимность политического выбора в меньшей степени определяется наличием всеобщего согласия, чем справедливостью и прозрачностью процедур<sup>33, 34, 35</sup>.

Без структурированного диалога с участием заинтересованных сторон существует опасность того, что политический выбор будет присвоен группами, представляющими определенные интересы, будет зависеть от смены политических кадров или непостоянства со стороны доноров. Отсутствие общественного согласия также значительно затрудняет эффективное взаимодействие с заинтересованными сторонами, чьи интересы расходятся с вариантами, выбранными при реформировании ПМСП. В борьбе за ресурсы общества конкурируют другие сектора: для “медико-промышленного комплекса” реформа ПМСП может означать переориентацию производственной стратегии; для крупных предпринимателей, например в табачной промышленности или среди производителей алкоголя, эффективная реформа ПМСП представляет прямую угрозу.

### Эффективный политический диалог

Институциональные возможности для ведения продуктивного политического диалога – это не нечто данное. Обычно они ослаблены в странах, где намеренно либо в результате бездействия в подходе к разработке политики в области здравоохранения превалирует принцип невмешательства государства. Даже в странах с развитыми и хорошо финансируемыми системами здравоохранения существует возможность – и необходимость – более системных и институализированных подходов: если между органами

здравоохранения и медицинскими учреждениями переговорный процесс зачастую хорошо отлажен, то в отношении других заинтересованных сторон он гораздо слабее и обычно ограничивается обсуждением вопросов распределения ресурсов для предоставления услуг. Политический диалог необходимо строить. Как это делать во многом зависит от конкретных обстоятельств и исходных условий. Опыт стран, сумевших ускорить реформы ПМСП, свидетельствует о наличии трех общих элементов эффективного политического диалога:

- понимание важности использования информационных систем в интересах реформы ПМСП;
- систематическое внедрение инноваций;
- обмен положительным опытом.

### Использование информационных систем для укрепления политического диалога

Политический диалог по вопросам реформ ПМСП нуждается в информационном обеспечении, и не только за счет получения более качественных данных, но также информации, отражающей отход от традиционных взглядов в отношении клиентов, сферы применения и структуры национальных систем медико-санитарной информации (рис. 5.3).

Многие национальные системы медико-санитарной информации, используемые для информационного обеспечения политики, можно охарактеризовать как закрытые административные структуры, через которые проходит ограниченный поток данных об использовании ресурсов, услугах и состоянии здоровья населения. Зачастую они применяются лишь в ограниченной степени должностными лицами национального и глобального уровня при разработке политических реформ. При этом мало используются наиболее важные данные, которые могут извлекаться с помощью других средств и из других источников (данные переписи населения, обследования расходов или мнения домохозяйств, научные учреждения, НПО, агентства медицинского страхования и т. д.), многие из которых находятся вне государственной системы или даже за пределами сектора здравоохранения.

Обычные данные, предоставляемые традиционными системами медико-санитарной информации, не могут удовлетворить возрастающий спрос на медико-санитарную информацию со стороны многочисленных заинтересованных групп.

Граждане нуждаются в упрощении доступа к своим собственным медицинским картам, из которых они могут почерпнуть информацию о ходе лечения и которые позволят им участвовать в принятии решений в отношении собственного здоровья и здоровья членов своей семьи или общины. Местные общины и организации гражданского общества нуждаются в получении более качественной информации в целях охраны здоровья своих членов, сокращения масштабов социальной изоляции и содействия равенству. Работники здравоохранения нуждаются в более качественной информации в целях повышения эффективности своей работы и совершенствования координации и интеграции оказываемых услуг. Политики нуждаются в информации о соответствии системы здравоохранения целям общества и о расходовании государственных средств.

Информация, которая может использоваться для продвижения преобразований на уровне политики, весьма отлична от данных, предоставляемых в настоящее время большинством традиционных систем медико-санитарной информации. Необходим мониторинг достижений и соответствующих результатов реформ по целому ряду социальных ценностей, имеющих существенное значение для ПМСП: равенство, ориентированность на человека, охрана здоровья общин и участие общества в принятии решений. Это означает, что необходимы ответы на такие вопросы, как:

- является ли медико-санитарное обслуживание всеобъемлющим, комплексным, непрерывным и эффективным?

- гарантирован ли доступ и осведомлено ли население о том, на что оно имеет право?
- защищены ли люди от экономических последствий потери здоровья?
- эффективны ли государственные органы в обеспечении защиты каких-либо групп населения от исключения из сферы медико-санитарного обслуживания?
- эффективны ли они в обеспечении защиты от эксплуатации со стороны поставщиков коммерческих услуг?

На такие вопросы невозможно получить ответ путем оценки показателей результативности мероприятий по охране здоровья, использования ресурсов и производства услуг, на что нацелены традиционные системы медико-санитарной информации. Изменить парадигму, с тем чтобы поставить информационные системы на службу реформе ПМСП, означает переориентировать их на факторы, сдерживающие процесс реформирования систем здравоохранения. Более точное определение приоритетных проблем и тенденций в области здравоохранения имеет большое значение (и особенно важно для прогнозирования будущих проблем), но с точки зрения стратегии ключевой является информация, которая позволяет выявлять оперативные и системные сдерживающие факторы. В частности, в странах с низким уровнем доходов, где планирование длительное время было структурировано в соответствии с эпидемиологическими задачами, благодаря такому подходу может быть создана новая и динамичная основа для определения направлений развития систем<sup>40</sup>. Например, в Бангладеш в докладе организации Health Watch

Рисунок 5.3 Преобразование информационных систем в инструменты проведения реформы ПМСП



о положении с медицинскими кадрами в стране приведены такие системные ограничения и соответствующие рекомендации для рассмотрения органами здравоохранения<sup>41</sup>.

Увеличение количества информационных потребностей и пользователей медико-санитарной информации предполагает соответствующие изменения в характере производства, обмена и использования такой информации. Это в решающей степени зависит от обеспечения ее доступности и прозрачности, например,





### Вставка 5.3 “Индикаторы справедливости”: сотрудничество заинтересованных сторон в решении проблем неравенства в уровне здоровья<sup>43</sup>

“Индикаторы справедливости” представляют собой партнерские объединения многочисленных заинтересованных сторон, которые проводят активный мониторинг и принимают меры по ликвидации неравенства в уровне здоровья и медико-санитарной помощи. На данный момент они созданы в 12 странах на трех континентах. Некоторые из них действуют на общенациональном уровне, другие контролируют группу районов или провинций страны, несколько партнерств работают на региональном уровне, а остальные занимаются конкретно вопросами равенства в пределах города или муниципалитета; девять таких организаций действуют на общенациональном уровне и три – на муниципальном уровне (в Кейптауне (Южная Африка), Эль-Тамбо (Эквадор) и Найроби (Кения)). “Индикаторы справедливости” объединяют заинтересованные стороны, представляющие все многообразие местных условий, в том числе парламентариев и советников, средства массовой информации, министерства и ведомства здравоохранения, научные учреждения, церкви, традиционных лидеров, женские ассоциации, местные и неправительственные организации, местные органы власти и гражданские объединения. Такое многообразие заинтересованных сторон не только способствует решению социально-политических проблем, но и оказывает поддержку развитию потенциала внутри стран.

“Индикаторы справедливости” применяют активный подход к мониторингу и решению проблем неравенства в уровне здоровья и медико-санитарной помощи. Они не ограничиваются простым описанием или пассивным мониторингом показателей равенства, а переходят к осуществлению комплекса конкретных действий, направленных на осуществление реальных и устойчивых преобразований, ведущих к сокращению несправедливых диспропорций в уровне здоровья и медико-санитарной помощи. Эта работа предполагает реализацию комплекса непрерывных стратегически спланированных и согласованных действий с участием различных субъектов, принадлежащих к разным дисциплинам и секторам.

Стратегия “Индикаторов справедливости” предусматривает три основных “направления деятельности”. Каждое из них считается одинаково важным и существенным для успешного достижения результатов, и все три развиваются параллельно:

- научные исследования и мониторинг в целях измерения и описания неравенства;
- пропаганда и участие общественности в целях содействия использованию информации в осуществлении преобразований с участием широкого круга заинтересованных сторон, представляющих гражданское общество, совместно работающих в рамках движения за равенство;
- участие местных общин в целях вовлечения бедных и маргинализованных групп населения в качестве активных участников процесса принятия решений, а не пассивных получателей в результате решений, принятых для них.

Стратегия “Индикаторов справедливости” состоит, таким образом, из комплекса взаимосвязанных и параллельных действий – это не просто комплекс показателей, как это следует из названия. Например, при отборе показателей равенства для измерения и мониторинга необходимо учитывать мнения местных жителей, а также соображения целесообразности с точки зрения пропаганды. В свою очередь пропагандистская деятельность опирается на надежные показатели, разработанные в ходе измерения неравенства при участии членов общины или общественных деятелей.

“Индикаторы справедливости” выбирают показатели исходя из конкретных потребностей данной страны и заинтересованных сторон. Однако упор делается на выработку данных о тенденциях в рамках всех “Индикаторов”, чтобы иметь возможность выявить достигнутый со временем прогресс. Показатели измеряются по различным аспектам здоровья, включая состояние здоровья; финансирование здравоохранения и распределение ресурсов; доступ к медико-санитарной помощи; качество медико-санитарной помощи (в таких областях, как здоровье матери и ребенка, инфекционные заболевания и травмы). Все показатели разбивают по категориям, объединенным акронимом “ПРОГРЕСС”, который включает широкий спектр социально-экономических факторов, нередко ассоциирующихся с неравенством в детерминантах здоровья, таких как место жительства, вероисповедание, род деятельности, пол, расовая/этническая принадлежность, образование, социально-экономическое положение, социальное обеспечение/капитал.

путем облегчения доступа ко всей информации, связанной со здравоохранением, через Интернет, как это было в Чили, где реальный обмен информацией рассматривался и как результат, и как движущая сила введенного там “Режима прямых гарантий здоровья”. Реформа ПМСП требует создания открытых партнерских моделей, обеспечивающих подключение всех лучших

источников данных и незамедлительное поступление информации к тем, кто способен преобразовать ее в соответствующие действия.

Открытые структуры на основе сотрудничества, такие как “Обсерватории” или “Индикаторы справедливости”, предлагают конкретные модели дополнения обычных информационных систем путем прямой увязки производства и

распространения сведений по вопросам здравоохранения и социального обеспечения с выработкой политики и обменом передовым опытом<sup>42</sup>. Они отражают возрастающее значение вопросов межучрежденческого взаимодействия, неравенства в области здравоохранения и выработки политики на основе фактических данных. Они объединяют различные заинтересованные группы, такие как научные сообщества, НПО, объединения медицинских работников, корпоративные поставщики услуг, профсоюзы, представители пользователей, государственные учреждения и т. д., на основе общих задач мониторинга тенденций, исследований, обмена информацией, выработки политики и политического диалога (вставка 5.3).

Как это ни парадоксально, эти открытые и гибкие структуры обеспечивают непрерывность в ситуациях, когда на административную или политическую преемственность может повлиять быстрая смена политического руководства. На Американском континенте существуют обсерватории, специально занимающиеся вопросами трудовых ресурсов в 22 странах. Например, в Бразилии обсерватория представляет собой сеть, включающую более десятка учреждений (которые называются “рабочими станциями”): университетские институты, научно-исследовательские центры и федеральное представительство, деятельность которых координируется через секретариат, базирующийся в министерстве здравоохранения и представительстве ПАОЗ в Бразилии<sup>44</sup>. Эти сети сыграли важную роль в разработке реализуемых в настоящее время инициатив по развитию ПМСП в Бразилии. Такие национальные и субнациональные структуры существуют также в различных европейских странах, в том числе во Франции, Италии и Португалии<sup>45</sup>. Будучи сравнительно самостоятельными, такие государственные или негосударственные сети с участием нескольких заинтересованных сторон могут охватывать широкий круг вопросов и заниматься местными проблемами. В Соединенном Королевстве каждая территориальная обсерватория возглавляет работу по конкретным вопросам, таким как неравенство, первичная медико-санитарная помощь, насилие и здоровье или здоровье людей пожилого возраста<sup>46</sup>. Все они занимаются широким кругом проблем регионального значения (таблица 5.1): они таким образом институализируют взаимосвязи между событиями на местах и принятием решений в масштабе всей страны.

**Таблица 5.1** Роль и функции обсерваторий общественного здравоохранения в Англии<sup>42</sup>

Роль	Функции <sup>a</sup>
Мониторинг тенденций в области здоровья населения и заболеваний и определение направлений деятельности	Изучение неравенства, существующего в лечении ишемической болезни сердца, наряду с рекомендациями по принятию мер <sup>47</sup>
Выявление пробелов в информации о состоянии здоровья населения	Изучение имеющихся источников информации и пробелов в вопросах перинатального здоровья и здоровья детей раннего возраста <sup>48</sup>
Рекомендации по методам оценки воздействия на здоровье и последствий неравенства в уровне здоровья	Общий обзор оценки воздействий на здоровье <sup>49</sup>
Новые методы объединения информации из разных источников в целях улучшения здоровья	Характеристика уровня здоровья с помощью данных о жилищных условиях и занятости наряду с данными по здоровью <sup>50</sup>
Осуществление проектов в целях привлечения внимания к конкретным проблемам в состоянии здоровья	Исследование здоровья зубов у детей пятилетнего возраста в данном регионе <sup>51</sup>
Оценка достижений местных органов в улучшении уровня здоровья населения и ликвидации неравенства	Базовые данные и данные о тенденциях
Прогнозирование в целях своевременного предупреждения будущих проблем общественного здравоохранения	Форум для партнеров с целью рассмотрения вероятных будущих проблем общественного здравоохранения, таких как старение населения и генетика

<sup>a</sup> Северная и Йоркширская обсерватория общественного здравоохранения.

### Укрепление политического диалога с помощью выдвинутых на местах инновационных идей

Увязывание местных реалий с принятием решений обуславливает планирование и осуществление реформ ПМСП. Подготовка к введению в Таиланде схемы всеобщего охвата “30 бат” может служить примером целенаправленной попытки учета при обсуждении политики сведений, полученных на местах. Те, кто руководит осуществлением реформ в Таиланде, организовали продуктивное взаимодействие между разработкой мер



политики в центре и “разработкой местных моделей” в провинциях. Работникам здравоохранения на периферии и организациям гражданского общества была предоставлена возможность разработки и испытания на практике инновационных подходов к предоставлению медико-санитарной помощи, чтобы проверить, насколько они отвечают как профессиональным стандартам, так и ожиданиям местного сообщества (рис. 5.4). Организация и управление деятельностью по разработке моделей на местах, поддержанной министерством здравоохранения, осуществлялись на уровне провинций, при этом эта деятельность широко обсуждалась и согласовывалась с контрагентами провинций. Каждая провинция разрабатывала собственную стратегию решения своих конкретных проблем. Преимуществом предоставления провинциям значительной гибкости при определении рабочих программ стало то, что это способствовало усилению заинтересованности, творческому подходу и выдвиганию оригинальных идей. Такой подход также содействовал наращиванию местного потенциала. Обратной стороной высокого уровня автономии провинций была тенденция к росту числа инициатив, что затрудняло оценку результатов с целью их систематического учета при формулировании политики. Однако в конечном итоге трудности, связанные с подходом, базирующимся на местных инициативах, компенсировались положительными результатами в динамике реформы и наращивании потенциала. К 2001 году почти половина из 76 провинций Таиланда проводила эксперименты с организационными инновациями, большинство из которых касались вопросов равного доступа, местных систем здравоохранения и здоровья местного населения<sup>52</sup>.

Реформа “30 бат” в Таиланде, направленная на обеспечение всеобщего охвата, представляла собой смелую инициативу по достижению большего равенства в уровне здоровья. Ее практическое осуществление стало возможным благодаря аккумуляции опыта, полученного на местах, и объединению в процессе практической деятельности на местах работников здравоохранения, организаций гражданского общества и населения. Когда в 2001 году началась реализация программы, эти провинции были готовы ее опробовать и осуществить. Более того, разработанные ими организационные модели содействовали тому, что политическая воля к достижению

всеобщего охвата воплотилась в конкретные меры и правила<sup>53</sup>.

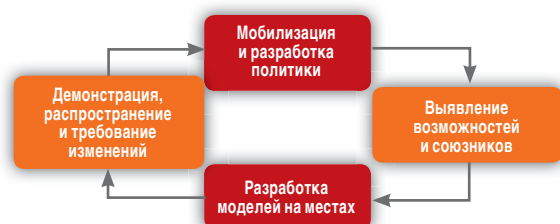
Этот взаимообогащающий процесс, связавший разработку политики с учетом практического опыта, полученного на местах, важен в силу нескольких причин:

- он использует богатый потенциал знаний и инновации в рамках сектора здравоохранения;
- смелые эксперименты на местах дают персоналу, работающему непосредственно с населением, руководителям системы и населению возможность увидеть воодушевляющую перспективу будущего системы здравоохранения, сформированной на основе принципов ПМСП. Благодаря этому преодолевается одно из самых серьезных препятствий на пути радикальных реформ в системе – неготовность населения поверить в реальность преобразований и в то, что изменения несут с собой не угрозу, а открывают возможности;
- увязывание разработки политики с опытом непосредственной работы с населением содействует формированию объединений и поддержке внутри сектора, без чего многообещающие реформы не будут устойчивыми;
- в такие процессы вовлекается общество как на местном, так и на общенациональном уровне, порождая потребность в изменениях, необходимую для формирования политической воли и поддержания темпов реформ.

### Создание критической массы для осуществления преобразований

Для стимулирования открытых, основанных на сотрудничестве структур, которые поставляют для реформ сведения стратегического характера и внедряют инновации в масштабе всей системы здравоохранения, требуется критическая масса преданных делу и обладающих практическим опытом людей и учреждений. Они должны не

Рисунок 5.4 Взаимообогащение между инновациями на местах и разработкой политики в процессе реформирования здравоохранения в Таиланде



только выполнять технические и организационные задачи, но и уметь найти баланс между гибкостью и согласованностью действий, адаптироваться к новым методам работы, обеспечивать доверие и легитимность<sup>54</sup>.

Однако зачастую такой критической массы людей и учреждений нет в наличии<sup>31</sup>. Учреждения в странах с низким уровнем доходов, которые десятилетиями игнорировались и не получали финансирования, вызывают особую озабоченность. Во многих случаях они не пользуются доверием и испытывают острую нужду в ресурсах, тогда как их ведущие сотрудники переходят в партнерские учреждения с более благоприятными условиями работы. Низкий уровень государственного управления усугубляет положение дел и сопровождается давлением со стороны международного сообщества, требующего сведения к минимуму государственного регулирования, и несоразмерным влиянием донорского сообщества. В таких условиях традиционные меры укрепления потенциала руководства, которые характеризуются сильной зависимостью от внешней технической помощи, инструкций и подготовки, дали неудовлетворительные результаты (вставка 5.4). Их необходимо заменить более систематизированными и устойчивыми подходами в целях институционализации компетенций, опирающихся на имеющийся опыт и обменивающихся знаниями<sup>55</sup>.

Документальные свидетельства о постепенном наращивании индивидуальных и корпоративных навыков политического диалога и руководства найти трудно, но серия обширных интервью с руководителями секторов здравоохранения в шести странах показывает, что для формирования личной карьеры требуется совокупность трех решающих факторов<sup>56</sup>.

- В какой-то момент своей деятельности все они участвовали в осуществлении крупной отраслевой программы или проекта, в частности, в области основных медико-санитарных услуг. Многие из них указывают на это, как на этап становления: именно здесь они узнали о ПМСП, именно тогда у них сформировалась приверженность этой идее, и они стали налаживать важные связи и партнерские отношения.
- Многие стали участвовать в деятельности по планированию на общенациональном уровне, что укрепило их потенциал по генерированию и использованию информации, а также

способность налаживать связи и партнерские отношения. Немногие из них лично участвовали в крупных исследованиях или опросах, но те, кто принимал в них участие, обнаружили, что это дает возможность оттачивать навыки генерирования и анализа информации.

- Все указали на значение кооптации и наставничества со стороны старших: *“Нужно начинать работу в качестве врача общественного здравоохранения и стремиться, чтобы тебя заметили в одной из структур, имеющих влияние на принятие решений в министерстве здравоохранения. После этого от ваших личных качеств и обучения на собственном опыте [зависит назначение на руководящую должность]”*<sup>56</sup>.

Эти личные истории укрепления собственного потенциала подтверждаются более глубоким анализом факторов, которые способствовали росту институционального потенциала для руководства сектором здравоохранения в этих же странах. Из таблицы 5.2 видно, что главный вклад внесло обучение в рамках крупномасштабных программ развития систем здравоохранения, что подтверждает значение практического участия в решении проблем сектора здравоохранения усилиями партнеров. Следует отметить тот факт, что внедрение новых инструментов редко определялось как важный вклад, при этом респонденты не выделяли роли экспертов или подготовки.

Это означает, что ключевые инвестиции на цели формирования потенциала для реформ ПМСП должны быть направлены на создание возможностей получения знаний путем подключения людей и учреждений к текущим процессам реформирования. Еще одно соображение состоит в том, что это должно осуществляться в обстановке, способствующей обмену опытом внутри стран и между странами. В отличие от традиционных подходов к проблеме наращивания потенциала, обмен опытом и открытость для восприятия чужого опыта повышает уверенность в своих силах. Это не просто рецепт для стран, испытывающих дефицит ресурсов и с низкими показателями деятельности. Например, Португалия организовала широкое обсуждение в обществе своего Национального плана в области здравоохранения на 2004–2010 годы, используя всю пирамиду платформ участия от местного и регионального до национального уровня, а также 108 существенных предложений по этому плану из самых разных источников – от организаций



### Вставка 5.4 Недостатки традиционных мер наращивания потенциала в странах с низким и средним уровнем доходов<sup>55</sup>

Сообщество, занимающееся проблемами развития, всегда стремилось реагировать на последствия дефицита институциональных инвестиций в странах с низким и средним уровнем доходов с помощью своего традиционного арсенала в виде технической помощи и экспертной поддержки, рекомендаций и обучения (рис. 5.5). Однако начиная с 1980-х годов стало очевидно, что такая «техническая помощь» больше не отвечает требованиям<sup>56</sup>, в связи с чем появились «группы управления проектами», занимавшиеся главным образом планированием, управлением финансами и мониторингом.

Более развитые системы здравоохранения были способны извлекать пользу из ресурсов и инноваций, связанных с проектами, однако в других странах картина не столь однозначна. В качестве постоянного раздражителя для центральных органов власти необходимость отчитываться перед финансирующими организациями отодвигала приверженность делу национального развития на второй план: демонстрации результатов реализации проекта придают преимущественное значение по сравнению с задачами наращивания потенциала и долгосрочного развития<sup>59</sup>, приоритетность деятельности руководителей проекта гораздо выше, чем последовательность политики и руководящая роль страны. В последние годы стремление к усилению опоры страны на собственные силы, а также изменения в характере приобретения донорами услуг технической помощи, подготовили почву для перехода от управления проектами к предоставлению краткосрочной экспертной поддержки в лице внешних консультантов. В 1980-е годы и в начале 1990-х годов

Другим основным средством решения проблемы стало увеличение инструментария планирования, управления и реализации программ. Считается, что этот инструментарий помогает решить технические проблемы, с которыми сталкиваются страны, стремясь к самостоятельному экономическому развитию. Несмотря на все потенциальные возможности этих инструментов, точность и данные по их фактическому использованию, практическая польза от использования этих инструментов на местах зачастую не оправдывала ожидания в силу четырех основных причин.

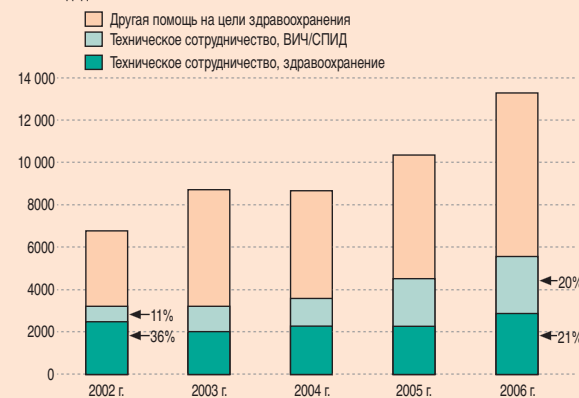
- В них зачастую недооценивается сложность проблем, которые они должны решить<sup>62</sup>.
- В практической реализации они зачастую опираются на международный опыт, игнорируя тем самым одну из своих главных целей, а именно снабдить страны методами и средствами для решения своих проблем собственными силами.
- Некоторые не дали обещанных технических результатов<sup>63</sup> или привели к неожиданным нежелательным побочным эффектам<sup>64</sup>.
- Внедрение инструментов во многом базируется на предположении и увязано с институциональными интересами, что затрудняет для стран выбор из многочисленных предлагаемых инструментов.

Звено, замыкающее цепь наращивания потенциала – обучение. Иногда оно является составной частью согласованной стратегии: например, министерство здравоохранения Марокко применило

подход обучения методом насыщения, аналогичный подходу министерства финансов Индонезии<sup>65</sup>, направляя большое число молодых специалистов на подготовку в целях создания базы комплектования квалифицированных кадров и, в конечном итоге, критической массы руководителей. Однако такие целенаправленные подходы применяются редко. Намного чаще встречаются краткие «выездные» курсы, сочетающие технические задачи и обмен знаниями со скрытой целью повышения заработной платы и приобретения политической репутации. Превалирующий скептицизм в отношении целесообразности таких программ (систематическая оценка проводится редко) резко контрастирует с ресурсами, которые они мобилизуют при значительной альтернативной стоимости, т. е. выгоде в случае принятия другого подхода.

Между тем, развиваются новые рынки в области образования, профессиональной подготовки и виртуального обучения, при этом участники в странах с низким и средним уровнем доходов имеют доступ к интернет-сайтам по большинству проблем системы здравоохранения и возможность создавать электронные сообщества по обмену практическими знаниями и опытом. В условиях развития современных информационных технологий и глобализации традиционные рецепты развития потенциала в бедных странах быстро устаревают<sup>64</sup>.

**Рисунок 5.5** Растущий рынок: техническое сотрудничество в рамках официальной помощи на цели развития в области здравоохранения. Ежегодные потоки помощи в международных долларах в 2005 году с поправкой на дефлятор цен<sup>61</sup>



В 2006 году на техническое сотрудничество приходился 41% общей зарубежной помощи на цели развития в области здравоохранения. С поправкой на инфляцию за период 1999–2006 годов ее объем утроился, в частности, за счет расширения технического сотрудничества в области борьбы с ВИЧ/СПИДом. Адаптируясь к сложной структуре помощи, эксперты и консультанты теперь также все чаще выступают в роли посредников между странами и донорским сообществом: проблемам гармонизации стали уделять все больше внимания, при этом отсутствие потенциала страны вело к дальнейшему сокращению прав и возможностей населения.

**Таблица 5.2** Существенные факторы совершенствования институционального потенциала для управления сектором здравоохранения в шести странах<sup>а,б</sup>

Факторы <sup>б</sup>	Количество стран, в которых какой-либо из факторов внес существенный вклад	Средние баллы оценки значения вклада
Отраслевые программы/ крупномасштабные проекты	4	7,25
Создание учреждений	3	6,7
Общенациональные мероприятия по обсуждению политики	3	5,6
Исследования, научные изыскания и анализ ситуации	4	5,1
Новые инструменты планирования и управления	1	5

<sup>а</sup> Буркина-Фасо, Демократическая Республика Конго, Гаити, Мали, Марокко и Тунис.

<sup>б</sup> Определены путем анализа документов и интервью со 136 основными информантами.

гражданского общества и профессиональных объединений до местных органов власти и научного сообщества. Трижды в критические моменты осуществления реформ приглашались также международные группы экспертов из других стран для участия в дискуссиях по выработке стратегии – такого рода сотрудничество стало поучительным опытом для всех сторон<sup>57</sup>.

### Управление политическим процессом: от разработки реформы к ее реализации

Реформы ПМСП изменяют соотношение сил внутри сектора здравоохранения и взаимосвязь между охраной здоровья и обществом. Успех зависит не только от надежной технической концепции, но и от способности добиваться утверждения на высоком политическом уровне и обеспечивать более широкую поддержку, необходимую для мобилизации правительственных, финансовых и других институциональных механизмов.

Охрана здоровья как технический сектор редко занимает заметное место в иерархии политических вопросов. У министерств здравоохранения обычно и без того хватает работы по решению

технических проблем, присущих только данному сектору. Как правило, они испытывают неуверенность, дефицит рычагов для достижения целей и плохо оснащены, чтобы заявить о своих проблемах на более широкой политической арене, в особенности в странах с низким и нижним средним уровнем доходов.

Общее отсутствие политического влияния ограничивает возможности органов здравоохранения и других заинтересованных сторон, участвующих в движении ПМСП, по выдвижению требующих решения вопросов ПМСП, особенно когда они затрагивают интересы других участников. Этим объясняется во многих случаях отсутствие ответных мер или чрезмерно осторожная реакция на негативное воздействие на здоровье населения условий труда и ухудшения экологии, либо неоперативное осуществление нормативных актов, которые могут затронуть коммерческие интересы пищевой и табачной промышленности. Аналогичным образом, планы реализации масштабных реформ зачастую выхолащиваются или сокращаются под влиянием донорского сообщества, фармацевтической промышленности и производителей медицинской техники либо профессиональных лобби<sup>26, 66</sup>.

Отсутствие политического влияния также сказывается в государственной сфере. Особенно ослаблены позиции министерств здравоохранения в странах с низким и средне-низким уровнем доходов, о чем свидетельствует тот факт, что они могут рассчитывать лишь, соответственно, на 4,5% и 1,7% от общих государственных расходов (по сравнению с 10% и 17,7%, соответственно, в странах со средне-высоким и высоким уровнем доходов)<sup>67</sup>. То, что приоритетным проблемам здравоохранения уделяется мало внимания в широких стратегиях развития, таких как Документы о стратегии сокращения нищеты (ДССН), служит еще одной иллюстрацией таких слабых позиций<sup>68</sup>. Во многих случаях министерства здравоохранения также не привлекаются к обсуждению максимального объема расходов на социальные нужды (и здравоохранение), в которых преобладают дебаты о макроэкономической стабильности, показателях инфляции или приемлемом уровне долга. Это говорит о том, что в странах с высоким уровнем задолженности усилия сектора здравоохранения получить часть средств от списания долга обычно вялые, слабые и неубедительные по сравнению со сферой образования, не



позволяющие реализовать возможности быстрого расширения ресурсной базы<sup>69</sup>.

Несмотря на указанные проблемы, многое говорит о наличии политической воли для осуществления радикальных реформ на основе ПМСП. Миссии здравоохранения в Индии – “сельские”, а впоследствии и “городские” – сопровождаются удвоением государственных расходов на здравоохранение. Китай готовит чрезвычайно смелую реформу сельской ПМСП, также предполагающую значительное использование государственных ресурсов. Масштаб и всеобъемлющий характер реформ по внедрению ПМСП в Бразилии, Исламской Республике Иран, Китае, Новой Зеландии, Таиланде, Эфиопии и многих других странах со всей очевидностью свидетельствуют о реальном наличии необходимой политической воли. Практика показывает, что даже при чрезвычайно неблагоприятных обстоятельствах можно добиваться доверия и политического влияния путем прагматического взаимодействия с политическими и экономическими силами (вставка 5.5).

Опыт этих стран свидетельствует о том, что политическая поддержка реформ ПМСП в решающей мере зависит от того, насколько хорошо программа реформ демонстрирует свои потенциальные политические дивиденды. Для этого она должна:

- четко реагировать на увеличение спроса, а также на стоящие перед страной проблемы охраны здоровья и ограничений системы здравоохранения, демонстрируя, что это не просто техническая программа, а программа, которая исходит из существующих в обществе проблем;
- конкретно указывать ожидаемые результаты в уровне здоровья, в социальной и политической сфере, а также соответствующие затраты, демонстрируя ожидаемые политические дивиденды, равно как и доступность по стоимости;
- четко базироваться на общем стремлении ключевых групп преодолеть препятствия в области ПМСП, обеспечивая гарантии политической приемлемости реформ.

Однако достижение политического единства и решимости осуществлять реформы является лишь первым шагом. Слабым звеном обычно бывает недостаточная подготовка к их реализации. Важное значение имеет осознание того, что существует сопротивление переменам, в

частности, со стороны работников здравоохранения<sup>70, 71, 72, 73</sup>. Хотя у интуиции руководителей есть свои достоинства, можно также организовать более систематическую работу, чтобы предотвратить и принять необходимые меры в отношении возможной реакции заинтересованных сторон и населения: мероприятия по определению политики, как в Ливане<sup>34</sup>; маркетинговые исследования и опросы общественного мнения, как в США<sup>74</sup>; общественные слушания, как в Канаде; или общесекторальные совещания заинтересованных сторон, как в “Генеральных штатах здоровья” (Etats Généraux de la Santé) во франкоязычной Африке. Для достижения желаемых результатов реформ ПМСП необходим потенциал для устойчивого управления на всех уровнях системы, заложенный в учреждениях, отвечающих поставленной цели. В Чили, например, пересматриваются административная структура и компетенции всего министерства здравоохранения в соответствии с реформами ПМСП. Однако одних таких структурных преобразований недостаточно. Они должны инициироваться наряду с изменениями в организационной культуре – от выпуска указов о преобразованиях до более широкого сотрудничества с целым рядом заинтересованных сторон на всех уровнях системы здравоохранения. Это, в свою очередь, требует институционализации механизмов политического диалога, благодаря чему общее управление системами опиралось бы на поступающие с нижнего уровня практические знания, при укреплении социальных связей и взаимодействия в духе сотрудничества между всеми группами на уровне общин<sup>75</sup>. Такой потенциал управления не должен строиться на предположениях, поскольку он требует реальных инвестиций.

Даже при наличии эффективного политического диалога, направленного на достижение консенсуса относительно конкретных реформ ПМСП, и надлежащего управления в целях осуществления реформы на всех уровнях системы, многие реформы такого рода не дают намеченного результата. Наилучшим образом спланированные и реализованные политические реформы зачастую сталкиваются с непредвиденными проблемами или стремительно меняющимися условиями. Широкий опыт, связанный с поведением комплексных систем свидетельствует, что необходимо быть готовым к серьезным неудачам или отклонениям от заявленных целей. Важным компонентом, который должен быть встроен в

## Вставка 5.5 Реорганизация управления здравоохранением после войны и экономического краха

Недавние события в Демократической Республике Конго свидетельствуют о том, что возобновление руководства возможно даже в чрезвычайно сложных условиях. Зачатки перестройки системы здравоохранения страны, опустошенной в результате экономического краха и несостоятельности государства, вылившихся в конечном счете в ожесточенную войну, связаны, в первую очередь, с умелым политическим управлением.

В Демократической Республике Конго имелся успешный опыт развития ПМСП на районном уровне в 1970-х и в начале 1980-х годов. В период экономических и политических беспорядков, начавшихся с середины 1980-х годов, структура центральных органов здравоохранения распалась, что привело к крайнему обнищанию системы здравоохранения и ее работников. Медицинские работники выработали множество стратегий выживания, беря деньги с пациентов и наживая капитал на многочисленных проектах, финансируемых по линии внешней помощи, обращая мало внимания на последствия для системы здравоохранения. Доноры и международные партнеры утратили доверие к существовавшей в стране районной модели комплексного медико-санитарного обслуживания и вместо этого предпочли оказывать поддержку отдельным программам борьбы с болезнями и гуманитарной помощи. В то время как в период 1999–2002 годов министерство здравоохранения располагало менее чем 0,5% общих государственных расходов, его центральная администрация и Департамент планирования и исследований – всего 15 штатных сотрудников – столкнулись с колоссальной задачей обеспечения рекомендациями 25 двусторонних и многосторонних учреждений, более чем 60 международных и 200 национальных НПО, 53 программ борьбы с болезнями (при наличии 13 государственных донорских координационных комитетов) и 13 министерств здравоохранения провинций,

не забывая о структурах медико-санитарной помощи, организованных частными компаниями и университетами.

По мере ослабления накала гражданской войны ряд ключевых сотрудников министерства здравоохранения взяли на себя задачу восстановления и модернизации районной модели первичной медико-санитарной помощи. Осознавая маргинальное положение министерства в секторе здравоохранения, они кооптировали “внутреннюю диаспору” (бывших государственных служащих, теперь работавших в многочисленных международных организациях в области развития, действовавших в

стране) в открытую структуру при министерстве. Эта организационная группа разработала проект стратегии укрепления национальных систем здравоохранения. Она включала в себя i) постепенное разворачивание комплексных услуг, от района к району, координируемое посредством территориальных планов и поддерживаемое коренным изменением финансирования путем перехода от выделения средств на конкретные программы к финансированию системы; ii) комплекс защитных “аварийных” мер в целях прекращения раздувания учреждений и предотвращения дальнейшего искажения системы; и iii) четкий план решения проблемы раздробленности доноров, которая достигла критических пределов. При разработке стратегии организационная группа предпринимала целенаправленные усилия по созданию сетей внутри самого сектора здравоохранения, а также объединений с другими государственными учреждениями и социальными группами.

Официальное утверждение национального плана донорами и гражданским обществом послужило мощным политическим сигналом успеха нового метода работы. Стратегия укрепления национальных систем здравоохранения стала компонентом здравоохранения в национальной стратегии снижения уровня нищеты. Доноры и международные партнеры упорядочили, хотя и в разной степени, существующие проекты, тогда как другие

участники привели новые инициативы в соответствие с национальной стратегией.

Возможно, наиболее убедительным свидетельством эффективности управления этим процессом является изменение структуры донорского финансирования, предоставляемого на цели здравоохранения (рис. 5.6). Доля средств, выделенных на укрепление общих систем в соответствии с планами провинций и районов, значительно увеличилась по отношению к объему финансирования, предназначенного

для программ борьбы с болезнями и гуманитарной помощи. Достижения все еще непрочны – в условиях, когда многое в секторе здравоохранения, в том числе управление им, нуждается в перестройке.

Тем не менее, национальная стратегия пустила глубокие корни в практической работе на местах, в исключительно неблагоприятных условиях произошло значительное улучшение ситуации, и министерство здравоохранения добились доверия со стороны других заинтересованных сторон и успехов в пересмотре финансирования сектора здравоохранения.

**Рисунок 5.6** Возрождение национального управления сектором здравоохранения: сдвиг в донорском финансировании в сторону поддержки комплексных систем здравоохранения и его влияние на стратегию в отношении ПМСП 2004 года Демократической Республики Конго







процесс реформ, являются механизмы, способные улавливать значительные непредусмотренные последствия или отклонения от ожидаемых оптимальных показателей эффективности, позволяющие корректировать курс в процессе осуществления реформ.

Широко распространенные факты неравенства в уровне здоровья и медицинской помощи практически во всех странах служат серьезным напоминанием о трудностях на пути реформ ПМСП. В данной главе подчеркивается тот факт, что руководство в целях достижения большего равенства в области здоровья должно быть делом всего общества при участии всех соответствующих заинтересованных сторон. Проведение диалогов с участием целого ряда заинтересованных сторон по поводу серьезных реформ, направленных на обеспечение всеобщего охвата или предоставление первичной медико-санитарной помощи, ставит во главу угла эффективное управление. Для этого необходима переориентация информационных

систем с целью наполнения реформ содержанием и их оценки, учета инноваций, основанных на местном опыте, при проектировании и доработке реформ, а также опоры на опытных и преданных делу людей в обеспечении руководства и осуществления реформ. Не являясь готовым рецептом, указанные элементы руководства и эффективного управления сами по себе составляют одно из важных направлений реформы ПМСП. Без преобразований в области руководства и эффективного управления успех других реформ ПМСП становится маловероятным. Таким образом, будучи необходимым условием, они не являются достаточным условием успешного осуществления реформ ПМСП. В следующей главе рассматривается вопрос о том, как четыре группы реформ ПМСП должны адаптироваться к самым разным условиям различных стран и использовать опыт эффективных транснациональных механизмов в целях достижения равенства в уровне здоровья.

## Библиография

- Porter D. *Health, civilization and the state. A history of public health from ancient to modern times*. London and New York, Routledge, 1999.
- The World Health Report 2000 – Health systems: improving performance*. Geneva, World Health Organization, 2000.
- Waldman R. *Health programming for rebuilding states: a briefing paper*. Arlington VA, Partnership for Child Health Care, Basic Support for Institutionalizing Child Survival (BASICS), 2007.
- National health accounts. Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/nha/country/en/index.html>, accessed May 2008).
- Schoen C et al. US health system performance: a national scorecard. *Health Affairs*, 2006, 25(Web Exclusive):w457–w475.
- Jacobs LR, Shapiro RY. Public opinion's tilt against private enterprise. *Health Affairs*, 1994, 13:285–289.
- Blendon RJ, Menson JM. Americans' views on health policy: a fifty year historical perspective. *Health Affairs*, 2001, 20:33–46.
- Fox DM. The medical institutions and the state. In: Bynum WF, Porter R, eds. *Companion encyclopedia of the history of medicine*. London and New York, Routledge, 1993, 50:1204–1230.
- Blank RH. *The price of life: the future of American health care*. New York NY, Colombia University Press, 1997.
- Frenk J, Donabedian A. State intervention in health care: type, trends and determinants. *Health Policy and Planning*, 1987, 2:17–31.
- Blumenthal D, Hsiao W. Privatization and its discontents – the evolving Chinese health care system. *New England Journal of Medicine*, 2005, 353:1165–1170.
- Liu Y, Hsiao WC, Eggleston K. Equity in health and health care: the Chinese experience. *Social Science and Medicine*, 1999, 49:1349–1356.
- Bloom G, Xingyuan G. Health sector reform: lessons from China. *Social Science and Medicine*, 1997, 45:351–360.
- Tang S, Cheng X, Xu L. *Urban social health insurance in China*. Eschborn, Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit and International Labour Organization, 2007.
- China: long-term issues and options in the health transition. Washington DC, The World Bank, 1992.
- China statistics 2007. Beijing, Ministry of Health, 2007 (<http://moh.gov.cn/open/statistics/year2007/p83.htm>, accessed 31 May 2008).
- WHO mortality database*. Geneva, World Health Organization, 2007 (Tables; <http://www.who.int/healthinfo/morttables/en/index.html>, accessed 1 July 2008).
- Suhrcke M, Rocco L, McKee M. *Health: a vital investment for economic development in eastern Europe and central Asia*. Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe, European Observatory on Health Systems and Policies ([http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20070618\\_1](http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20070618_1), accessed May 2008).
- Collier P. *The bottom billion: why the poorest countries are failing and what can be done about it*. Oxford and New York NY, Oxford University Press, 2007.
- Grindle MS. The good government imperative: human resources, organizations, and institutions. In: Grindle MS, ed. *Getting good government: capacity building in the public sectors of developing countries*. Boston MA, Harvard University Press, 1997 (Harvard Studies in International Development:3–28).
- Hilderbrand ME, Grindle MS. Building sustainable capacity in the public sector: what can be done? In: Grindle MS, ed. *Getting good government: capacity building in the public sectors of developing countries*. Boston MA, Harvard University Press, 1997 (Harvard Studies in International Development:31–61).
- Goldsbrough D. *Does the IMF constrain health spending in poor countries? Evidence and an agenda for action*. Washington DC, Center for Global Development, 2007.
- Shiffman J. Has donor prioritization of HIV/AIDS displaced aid for other health issues? *Health Policy and Planning*, 2008, 23:95–100.
- Bill and Melinda Gates Foundation and McKinsey and Company. *Global health partnerships: assessing country consequences*. Paper presented at: Third High-Level Forum on the Health MDGs, Paris, 14–15 November 2005 (<http://www.hifhealthmdgs.org/documents/GatesGHPNov2005.pdf>).

25. Stein E et al, eds. *The politics of policies: economic and social progress in Latin America*. Inter-American Development Bank, David Rockefeller Center for Latin American Studies and Harvard University. Washington DC, Inter-American Development Bank, 2006.
26. Moran M. *Governing the health care state: a comparative study of the United Kingdom, the United States and Germany*. Manchester, Manchester University Press, 1999.
27. Saltman RB, Busse R. Balancing regulation and entrepreneurialism in Europe's health sector: theory and practice. In: Saltman RB, Busse R, Mossialos E, eds. *Regulating entrepreneurial behaviour in European health care systems*. Milton Keynes, Open University Press for European Observatory on Health Systems and Policies, 2002:3–52.
28. McDaniel A. Managing health care organizations: where professionalism meets complexity science. *Health Care Management Review*, 2000, 25:1.
29. World values surveys database. World Values Surveys, 2007 (V120, V121; <http://www.worldvaluessurvey.com>, accessed 15 October 2007).
30. Inglehart R, Welzel C. *Modernization, cultural change and democracy: the human development sequence*. Cambridge, Cambridge University Press, 2005.
31. Lopes C, Theisohn T. *Ownership, leadership, and transformation: can we do better for capacity development?* London, Earthscan, 2003.
32. Wasi P. *The triangle that moves the mountain*. Bangkok, Health Systems Research Institute, 2000.
33. McKee M, Figueras J. Setting priorities: can Britain learn from Sweden? *British Medical Journal*, 1996, 312:691–694.
34. Ammar W. *Health system and reform in Lebanon*. World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean and Ministry of Health of Lebanon. Beirut, Entreprise universitaire d'Etudes et de Publications, 2003.
35. Stewart J, Kringas P. *Change management – strategy and values. Six case studies from the Australian Public Sector*. Canberra, University of Canberra, Centre for Research in Public Sector Management (<http://www.dmt.canberra.edu.au/crpsm/research/pdf/stewartkringas.pdf>).
36. Chalmers I. From optimism to disillusion about commitment to transparency in the medico-industrial complex. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 2006, 99:337–341.
37. Romanow RJ. *Building on values. The future of health care in Canada – final report*. Saskatoon, Commission on the Future of Health Care in Canada, 2002.
38. Escorel S, Arruda de Bloch R. As conferências Nacionais de Saúde na Construção do SUS. In: Trindade Lima N et al, eds. *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2005:83–120.
39. Jongudomsuk P. *Achieving universal coverage of health care in Thailand through the 30 Baht scheme*. Paper presented at: SEAMIC Conference 2001 FY, Chiang Mai, Thailand, 14–17 January 2002.
40. Galichet B et al. *Country initiatives to lift health system constraints: lessons from 49 GAVI–HSS proposals*. Geneva, World Health Organization, Department for Health System Governance and Service Delivery, 2008.
41. *The state of health in Bangladesh 2007. Health workforce in Bangladesh: who constitutes the healthcare system?* Bangladesh Health Watch (<http://sph.bracu.ac.bd/bhw/>, accessed June 2008).
42. Hemmings J, Wilkinson J. What is a public health observatory? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2003, 57:324–326.
43. Equity gauge profiles. Global Equity Gauge Alliance, 2008 (<http://www.gega.org.za>, accessed 24 April 2008).
44. De Campos FE, Hauck V. Networking collaboratively: the experience of the observatories of human resources in Brazil. *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, 2005, 45:173–208.
45. Ashton J. Public health observatories: the key to timely public health intelligence in the new century. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2000, 54:724–725.
46. *Intelligent health partnerships*. York, Association of Public Health Observatories, 2008 (<http://www.apho.org.uk/resource/item.aspx?RID=39353> accessed 10 June 2008).
47. Robinson M, Baxter H, Wilkinson J. *Working together on coronary heart disease in Northern and Yorkshire*. Stockton-on-Tees, Northern and Yorkshire Public Health Observatory, 2001.
48. Bell R et al. *Perinatal and infant health: a scoping study*. Stockton-on-Tees, Northern and Yorkshire Public Health Observatory, 2001.
49. Grant S, Wilkinson J, Learmonth A. *An overview of health impact assessment*. Stockton-on-Tees, Northern and Yorkshire Public Health Observatory, 2001 (Occasional Paper No. 1).
50. Bailey K et al. *Towards a healthier north-east*. Stockton-on-Tees, Northern and Yorkshire Public Health Observatory, 2001.
51. Beal J, Pepper L. *The dental health of five-year-olds in the Northern and Yorkshire Region*. Stockton-on-Tees, Northern and Yorkshire Public Health Observatory, 2002.
52. *Thailand's health care reform project, 1996–2001: final report*. Bangkok, Ministry of Health, Thailand Office of Health Care Reform, 2001.
53. Tancharoensathien V, Jongudomsuk P, eds. *From policy to implementation: historical events during 2001–2004 of UC in Thailand*. Bangkok, National Health Security Office, 2005.
54. Baser H, Morgan P. *Capacity, change and performance*. Maastricht, European Centre for Development Policy Management, 2008.
55. Macq J et al. *Quality attributes and organisational options for technical support to health services system strengthening*. Background paper commissioned for the GAVI–HSS Task Team, Nairobi, August 2007.
56. Boffin N, De Brouwere V. *Capacity building strategies for strengthening the stewardship function in health systems of developing countries*. Results of an international comparative study carried out in six countries. Antwerp, Institute of Tropical Medicine, Department of Public Health, 2003 (DGOS – AIDS Impulse Programme 97203 BVO “Human resources in developing health systems”).
57. Carrolo M, Ferrinho P, Perreira Miguel J (rapporteurs). *Consultation on Strategic Health Planning in Portugal*. World Health Organization/Portugal Round Table, Lisbon, July 2003. Lisbon, Direcção Geral da Saúde, 2004.
58. Forss K et al. *Evaluation of the effectiveness of technical assistance personnel*. Report to DANIDA, FINNIDA, NORAD and SIDA, 1988.
59. Fukuda-Parr S. *Capacity for development: new solutions to old problems*. New York NY, United Nations Development Programme, 2002.
60. Messian L. *Renforcement des capacités et processus de changement. Réflexions à partir de la réforme de l'administration publique en République Démocratique du Congo*. BTC Seminar on Implementing the Paris Declaration on Aid Effectiveness, Brussels, 2006.
61. OECD. StatExtracts [online database]. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2008 (<http://stats.oecd.org/WBOS/Index.aspx> accessed June 2008).
62. Irwin A. Beyond the toolkits: bringing engagement into practice. In: *Engaging science: thoughts, deeds, analysis and action*. London, Wellcome Trust, 2007:50–55.
63. Rowe AK et al. How can we achieve and maintain high-quality performance of health workers in low-resource settings? *Lancet*, 2005, 366:1026–1035.
64. Blaise P, Kegels G. A realistic approach to the evaluation of the quality management movement in health care systems: a comparison between European and African contexts based on Mintzberg's organizational models. *International Journal of Health Planning and Management*, 2004, 19:337–364.
65. Lippincott DF. Saturation training: bolstering capacity in the Indonesian Ministry of Finance. In: Grindle MS, ed. *Getting good government: capacity building in the public sectors of developing countries*. Boston MA, Harvard University Press, 1997 (Harvard Studies in International Development:98–123).
66. Krause E. *Death of the guilds, professions, states and the advance of capitalism, 1930 to the present*. New Haven and London, Yale University Press, 1996.
67. *World health statistics 2008*. Geneva, World Health Organization, 2008.
68. Poverty Reduction Strategy Papers, their significance for health: second synthesis report. Geneva, World Health Organization, 2004 (WHO/HDP/PRSP/04.1 2004).
69. World Bank Independent Evaluation Group. Debt relief for the poorest: an evaluation update of the HIPC Initiative. Washington DC, The World Bank, 2006 (<http://www.worldbank.org/ieg/hipc/report.html>, accessed June 2008).
70. Pangu KA. Health workers' motivation in decentralised settings: waiting for better times? In: Ferrinho P, Van Lerberghe W, eds. *Providing health care under adverse conditions. Health personnel performance and individual coping strategies*. Antwerp, ITG Press, 2000:19–30.
71. Mutizwa-Mangiza D. *The impact of health sector reform on public sector health worker motivation in Zimbabwe*. Bethesda MD, Abt Associates, 1998 (Partnerships for Health Reform, Major Applied Research 5, Working Paper No. 4).
72. Wiscow C. *The effects of reforms on the health workforce*. Geneva, World Health Organization, 2005 (background paper for *The World Health Report 2006*).
73. Rigoli F, Dussault G. The interface between health sector reform and human resources in health. *Human Resources for Health*, 2003, 1:9.
74. *Road map for a health justice majority*. Oakland, CA, American Envirionics, 2006 ([http://www.americanenvirionics.com/PDF/Road\\_Map\\_for\\_Health\\_Justice\\_Majority\\_AE.pdf](http://www.americanenvirionics.com/PDF/Road_Map_for_Health_Justice_Majority_AE.pdf), accessed 1 July 2008).
75. Labra ME. Capital social y consejos de salud en Brasil. ¿Un círculo virtuoso? *Cadernos de saúde pública*, 2002, 18(Suppl. 47):55, Epub 21 January 2003.





# Направления дальнейших действий



*Возможные направления дальнейших действий в сфере первичной медико-санитарной помощи должны определяться с учетом совершенно разных ситуаций в социально-экономической области и в сфере здравоохранения, сложившихся в разных странах.*

*В настоящей главе рассматриваются последствия реформ в области обеспечения всеобщего охвата, первичной медико-санитарной помощи, государственной политики и руководства в зависимости от методов их проведения.*

*В ней показано, что развитие систем здравоохранения создает возможности для реформирования первичной медико-санитарной помощи фактически в каждой стране.*

*Несмотря на необходимость учитывать специфику конкретных условий, для этих реформ характерно наличие межсекторальных элементов, являющихся общими для всех стран, что создает основу для международного обмена опытом и понимания того, как можно повсеместно и более систематически способствовать проведению реформ в сфере первичной медико-санитарной помощи.*

## Глава 6

Адаптация реформ к конкретным условиям стран	110
Страны с высокочрезмерной экономикой здравоохранения	111
Страны с быстро растущей экономикой здравоохранения	114
Страны с низкочрезмерной, медленно растущей экономикой здравоохранения	116
Мобилизация движущих сил реформы	120

## Адаптация реформ к конкретным условиям стран

Пусть и не в достаточной мере признанное, движение за реорганизацию первичной медико-санитарной помощи все же добилось значительных успехов, способствуя признанию социальной ценности систем здравоохранения, которое сегодня утвердилось в большинстве стран мира. Подобная перемена в умонастроениях привела к появлению принципиально новых направлений политики в сфере здравоохранения.

Современные системы здравоохранения включают в себя множество различных компонентов, многие из которых весьма далеки от целей, сформулированных 30 лет назад. И все же эти системы здравоохранения развиваются в одном и том же направлении. Под давлением демографических, финансовых и социальных факторов модернизации они все чаще преследуют общие цели достижения равенства в уровне здоровья, ориентирования медицинской помощи на человека и улучшения охраны здоровья населения соответствующих стран.

Однако это не значит, что системы здравоохранения по всему миру могут измениться в одночасье. Переориентация системы здравоохранения – это длительный процесс, хотя бы из-за того, что много времени потребует реструктуризация рабочей силы<sup>1</sup>, и из-за огромной силы инерции, создаваемой несбалансированностью финансовых стимулов и отсутствием адекватных платежных систем<sup>2</sup>. С учетом противодействующих факторов и наличия групповых интересов, которые отдают системы здравоохранения от ценностей первичной медико-санитарной помощи, проведение реформ требует четкого видения перспективы. Многие страны осознали это и разрабатывают собственные стратегические концепции государственной политики в области здравоохранения на 10–20-летний период.

Эти концепции нередко сформулированы с использованием специальной терминологии и находятся в сильной зависимости от избирательных циклов. Тем не менее они также во все большей степени разрабатываются с учетом ожиданий, которые население связывает с органами здравоохранения: обеспечения охраны здоровья и расширения доступа к медицинской помощи, защиты от катастрофических расходов и финансовой эксплуатации, а также гарантий справедливого распределения ресурсов<sup>3,4</sup>. Как показано во всех главах настоящего Доклада, давление, оказываемое ожиданиями, основанными на ценности медицинской помощи, при его решительном

использовании, может предотвратить деформацию этой концепции и воспрепятствовать тому, чтобы она обслуживала сиюминутные интересы определенных групп или зависела от смены политического руководства.

Чем раньше начнутся реформы, тем более целостной останется концепция. По состоянию на сегодняшний день фактически во всех странах существуют возможности для начала осуществления изменений: рост экономики сектора здравоохранения предоставляет для этого финансовый рычаг, а глобализация дает беспрецедентные возможности для его использования.

Это никоим образом не уменьшает потребность учета широкого разнообразия условий, в которых страны находятся сегодня: характера проблем в сфере здравоохранения, с которыми они сталкиваются, и более широкого социально-экономического контекста; степени адаптации к переменам, уровня и темпов развития систем здравоохранения.

Возможность перемен в основном зависит от притока новых ресурсов в сектор здравоохранения. Во всем мире объем расходов на здравоохранение растет: в период между 1995 и 2005 годами он увеличился почти в два раза – с 2,6 триллиона международных долларов до 5,1 триллиона международных долларов. Наблюдается ускорение темпов роста: в период между 2000 и 2005 годами общий объем расходов на здравоохранение в мире увеличивался в среднем на 330 млрд. международных долларов в год по сравнению со средним показателем 197 млрд. международных долларов в течение каждого из пяти предыдущих лет. Уровень расходов на здравоохранение растет быстрее, чем ВВП, опережая также прирост населения. В итоге, за несколькими исключениями, темпы роста расходов на здравоохранение на душу населения составляют более 5% в год во всем мире.

Данная общая тенденция роста расходов на здравоохранение скрывает более чем 300-кратную разницу между странами в расходах на душу населения, уровень которых колеблется от менее 20 международных долларов на душу населения до более чем 6000 международных долларов. Подобные различия позволяют классифицировать страны по трем категориям: страны с высокозатратной экономикой здравоохранения, страны с быстро развивающейся экономикой здравоохранения и страны с низкокзатратной и медленно растущей экономикой здравоохранения.

Неудивительно поэтому, что высококзатратная экономика здравоохранения характерна для стран с высоким уровнем доходов, где проживает



почти 1 млрд. человек. В 2005 году эти страны расходовали на здравоохранение в среднем 3752 международных доллара на душу населения, или на 1563 международных доллара на человека больше, чем в 1995 году: прирост составил 5,5% в год.

На противоположном полюсе находится группа стран с низкокзатратной и медленно растущей экономикой здравоохранения: это страны с низким уровнем доходов в Африке, Южной и Юго-Восточной Азии, а также государства с неустойчивой экономикой. В них проживает в общей сложности 2,6 млрд. человек, на охрану здоровья которых расходовалось всего 103 международных доллара на душу населения в 2005 году по сравнению с 58 международными долларами в 1995 году. В относительном выражении темпы роста расходов на здравоохранение в этих странах были примерно такими же, как в странах с высокими расходами: 5,8% в год с 1995 года, но в абсолютном выражении этот рост был неутешительно медленным.

Между этими двумя группами расположились другие страны с низким и средним уровнем доходов, страны, в которых экономика здравоохранения развивается быстрыми темпами.

**Рисунок 6.1** Доля общих государственных, частных предварительно оплаченных и оплаченных наличными частных расходов в ежегодном приросте общих расходов на здравоохранение на душу населения, в процентах, средневзвешенные значения<sup>3</sup>



В этих странах, где проживает 2,9 млрд. человек, в 2005 году расходы составляли в среднем 413 международных долларов на душу населения, более чем в два раза больше по сравнению с 189 международными долларами на человека в 1995 году. Темпы роста расходов на здравоохранение в этих странах составляют 8,1% в год.

Эти группы различаются не только темпами и уровнем роста расходов на здравоохранение. Они резко различаются моделями роста, которые выявляются при разбивке данных по источнику роста (рис. 6.1). В странах с низкокзатратной и медленно растущей экономикой здравоохранения наличные платежи составляют наибольшую долю в структуре роста, тогда как в странах с быстро растущей и высококзатратной экономикой здравоохранения рост происходит в основном за счет увеличения государственных расходов и осуществления предварительных выплат. В тех случаях, когда рост расходов на здравоохранение обеспечивается с помощью механизмов предварительных выплат, имеется больше возможностей для поддержки реформ первичной медико-санитарной помощи: коллективно собранные денежные средства легче перераспределить на цели осуществления мер, которые обеспечивают большую отдачу от инвестиций в здравоохранение, чем наличные платежи. И наоборот, страны, где рост экономики здравоохранения обеспечивается прежде всего за счет наличных расходов, имеют меньше возможностей для поддержки реформ первичной медико-санитарной помощи. Вызывает тревогу тот факт, что именно в странах с самым низким уровнем расходов и самым тяжелым бременем болезней реально отсутствуют возможности для использования роста экономики здравоохранения для реформирования системы первичной медико-санитарной помощи.

В последующих разделах рассматриваются широкие категории условий, которые определяют характер мер по проведению реформ первичной медико-санитарной помощи.

### Страны с высококзатратной экономикой здравоохранения

Почти 90% своего прироста расходов на здравоохранение – дополнительно 200 международных долларов на человека в год в последние годы – эти страны финансируют посредством увеличения объема государственных и частных предварительных платежей. Расширению или изменению предложения услуг в этих странах препятствует не столько ограниченность финансовых средств, сколько относительная нехватка людских ре-

сурсов, необходимых для удовлетворения растущего и меняющегося спроса. Их системы здравоохранения строятся вокруг сильного и престижного сектора высокоспециализированной медицинской помощи, важного для круп-

### Вставка 6.1 Национальная стратегия Норвегии по сокращению социального неравенства в уровне здоровья<sup>6</sup>

Норвежская стратегия сокращения неравенства в уровне здоровья служит наглядным примером того, что единого решения этой сложной проблемы не существует. В Норвегии было выявлено большое число детерминантов, оказывающих влияние на состояние здоровья отдельных лиц: уровень дохода, социальная поддержка, образование, занятость, развитие детей в раннем возрасте, здоровая окружающая среда и доступ к медицинским услугам. В обществе эти сложные и взаимосвязанные детерминанты здоровья распределены неравномерно, и поэтому неудивительно, что это ведет к неравенству и в уровне здоровья.

Норвежская стратегия направлена на устранение коренных причин неудовлетворительного состояния здоровья и неравенства в уровне здоровья путем оказания воздействия на основные детерминанты здоровья и обеспечения с самого начала более справедливого распределения этих детерминантов. Норвежская стратегия уделяет первоочередное внимание:

- сокращению социального неравенства;
- сокращению неравенства в поведении в отношении здоровья и в доступе к услугам здравоохранения;
- адресным инициативам по расширению социальной интеграции; и
- межсекторальным инструментам содействия внедрению общегосударственного подхода к здравоохранению.

Это подразумевает принятие ряда мер, эффективных в решении проблем неравенства, которые могут применяться как в рамках систем здравоохранения, так и совместно с другими секторами. Например, в рамках системы здравоохранения могут создаваться программы развития в детей раннем возрасте, а также разрабатываться меры политики, направленные на устранение финансовых, географических и социальных барьеров для доступа к медицинским услугам в интересах лиц, которые более всего нуждаются в медицинской помощи. В результате совместной работы с другими секторами, такими как секторы занятости и финансов, могут быть созданы рабочие места и приняты системы налогообложения, которые способствуют более справедливому распределению и перераспределению богатства, что может оказать большое влияние на состояние здоровья населения. В дополнение к универсальным подходам, важную роль в сокращении разрыва между самыми обеспеченными и наименее обеспеченными членами общества играют меры по обеспечению социальной интеграции, направленные на улучшение условий жизни наиболее обездоленных групп населения.

нейших компаний фармацевтической и медико-технической промышленности<sup>2</sup>. Хотя наличные выплаты все еще составляют значительную долю на уровне 15% от общего объема расходов, их размеры были сокращены с помощью более прогрессивных коллективных механизмов финансирования. Таким образом, учреждения страховой медицины стали главными субъектами процесса, тогда как давняя самостоятельность работников здравоохранения пошла на убыль. Меры по контролю над расходами, повышению качества и расширению доступа для малообеспеченных слоев населения стали темой широкой общественной дискуссии, на которую пользователи услуг и группы с особыми интересами оказывают все большее влияние. Несмотря на это, государство пользуется большим влиянием в секторе здравоохранения этих стран, чем прежде, что ведет к усложнению нормативно-правовых инструментов и институтов.

Несмотря на опасения в отношении их устойчивости в долгосрочной перспективе, механизмы солидарности, которые обеспечивают финансирование этих систем здравоохранения, пользуются значительной социальной поддержкой. Сохраняется долговременная тенденция к расширению охвата в интересах всех граждан, а также, что зачастую делается неохотно, неграждан, постоянно проживающих в стране. В штате Массачусетс, США, например, законопроект о медицинском страховании 2006 года направлен на обеспечение 99-процентного охвата к 2010 году. В то же время становится все более очевидным, что программы по обеспечению всеобщего охвата должны дополняться мерами, направленными на i) выявление тех, кто находится в социальной изоляции, и на создание специально разработанных программ по их охвату; ii) устранение социальных детерминантов неравенства в уровне здоровья с помощью политических инициатив, которые реализуются во многих секторах (вставка 6.1), с тем чтобы претворить политическое обязательство по обеспечению равенства в уровне здоровья в конкретные успехи.

Во многих из этих стран происходит перенос центра тяжести с третичной, высокоспециализированной медицинской помощи на первичную медико-санитарную помощь. Повышение качества информации и совершенствование технологий создают новые возможности – и рынок – для передачи большей части помощи, традиционно предоставляемой на базе больниц, на уровень местных служб, укомплектованных бригадами первичной медико-санитарной помощи, или даже в руки самих пациентов. Это все больше и больше





изменяет представление о том, как должны функционировать службы здравоохранения. Это обеспечивает поддержку системе первичной медико-санитарной помощи, включая самопомощь и помощь на дому. Однако движение в этом направлении сдерживается инерционными силами, возникающими под влиянием угрозы децентрализации и ликвидации крупнейших специализированных медицинских учреждений и спроса, порожденного иллюзией того, что возможности продления жизни с помощью технологий безграничны<sup>7</sup>. Действительно, новые технологии – это движущая сила модернизации, и нынешние тенденции показывают, что благодаря им расширяется спектр услуг, предоставляемых бригадами первичной медико-санитарной помощи. Вместе с тем новые технологии могут также стать фактором социальной изоляции и неэффективности. Ярво выраженные межстрановые различия в распространении медицинских технологий являются следствием не рациональной оценки, а применения стимулов, побуждающих медицинские учреждения внедрять эти технологии, и способности контролировать этот процесс внедрения<sup>2</sup>.

Существует две причины изменения окружающих условий, в которых все это происходит.

- В обществе продолжают обостряться споры по поводу управления технологиями по таким вопросам, как доверие, цена, социальная изоляция и неудовлетворенные потребности.
- Регулирование во все большей степени зависит от наднациональных институтов. Регулятивная система Европейского союза, например, играет все возрастающую роль в гармонизации технических требований, предъявляемых к регистрации новых лекарственных средств или лицензированию продукции, предоставляя возможности, в частности, для обеспечения более эффективной поддержки правовых норм, поощряющих замену в частном секторе фармацевтических препаратов непатентованными лекарственными средствами<sup>8</sup>. Такие механизмы дают возможности для повышения уровня безопасности и доступа и, следовательно, создают условия, содействующие проведению национальных реформ первичной медико-санитарной помощи.

Это происходит в тот момент, когда складывается напряженная ситуация с наличием медицинских работников, желающих и способных заниматься оказанием первичной медико-санитарной помощи. В Европе, например, происходит быстрое старение контингента общепрактикующих

врачей, а новое поколение врачей с большей охотой, чем раньше, выбирают работу с неполной нагрузкой или ненапряженным графиком<sup>1</sup>. Существует настоятельная потребность в том, чтобы в системе первичной медико-санитарной помощи придать большую значимость семейным врачам<sup>9</sup>. В долгосрочной перспективе, однако, когда появятся врачебные бригады, состоящие из разных специалистов, имеющих средства для оказания скоординированной и непрерывной медицинской помощи, потребуется более плюралистический подход. Это потребует иных, более разнообразных по своему составу и имеющих более универсальную подготовку кадров медицинских работников. Устойчивость реформ первичной медико-санитарной помощи в группе стран с высокочрезвычайно экономикой здравоохранения вызывает сомнение, если i) не будет изменена система подготовки медицинского персонала; и ii) не будут созданы профессиональные, социальные и финансовые стимулы для того, чтобы медицинские работники проявили интерес к сфере деятельности, которая в прошлом считалась менее престижной и не столь хорошо оплачиваемой, чем другие области карьеры.

Благодаря все более широкому осознанию глобальных угроз для здоровья и неравномерности распределения показателей здоровья по границам социального расслоения общественное здравоохранение переживает свое возрождение. Вследствие более глубокого понимания связей между сектором здравоохранения и другими секторами проблемы здравоохранения оказались в центре внимания всех секторов. Общественность заботят такие вопросы, как научные исследования и информационные системы, потребность в подготовке кадров здравоохранения и новом дискурсе на тему общественного здравоохранения. Эта ситуация должна быть использована для разработки комплексной межсекторальной стратегии контроля над социальными детерминантами здоровья и их влиянием на решение первоочередных задач здравоохранения (вставка 6.1).

В течение последних десятилетий большинство стран в этой группе осуществляют реформы на основе консультативно-переговорного процесса, а не административно-командного подхода. Это отражает рост общественной значимости политической повестки дня по вопросам здравоохранения и необходимость найти баланс между самыми разными и зачастую несовместимыми потребностями разнообразных групп населения. В результате этого меры по осуществлению реформ обычно носят многоуровневый характер и предусматривают участие многочисленных

партнеров. Реформы идут постепенно, шаг за шагом: это длительный хаотический процесс, сопряженный с ошибками и ведением трудных переговоров. В Англии и Уэльсе, например, широкомасштабная реформа первичной медико-санитарной помощи включала проведение активных консультаций с общественностью с помощью анкет, направленных более чем 42 тыс. человек, тогда как более 1000 человек было предложено выступить на общественных слушаниях и рассказать о своих интересах и заботах. Их участие способствовало достижению консенсуса по некоторым спорным моментам реформ, включая перераспределение ресурсов в пользу системы первичной медико-санитарной помощи и районов, лишенных надлежащего обслуживания, а также перераспределение обязанностей в интересах улучшения сотрудничества и координации<sup>10</sup>. Достижение согласия в обществе, которое позволит преодолеть упорное сопротивление реформам, стоит времени и усилий, затраченных на проведение систематических и принципиальных переговоров.

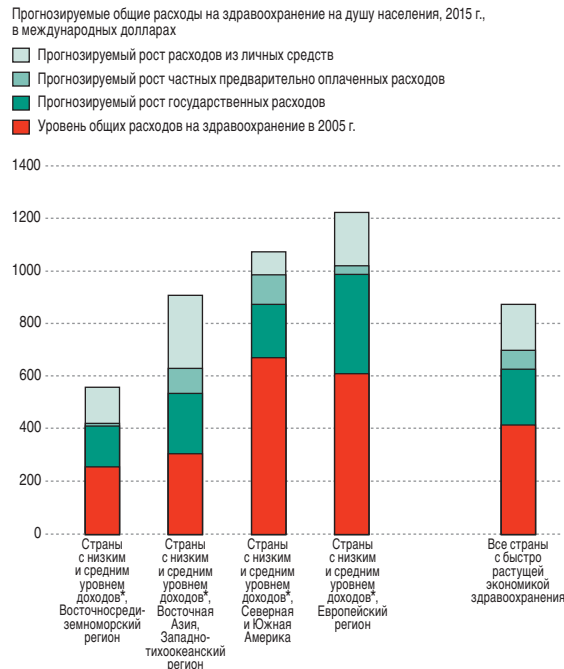
### Страны с быстро растущей экономикой здравоохранения

В странах с быстро растущей экономикой здравоохранения проблема проведения реформы ПМСП выглядит совершенно иначе. Рост спроса, сопровождающий увеличение покупательной способности, стимулирует расширение спектра услуг беспрецедентно быстрыми темпами. Если предположить, что текущие темпы роста сохранятся вплоть до 2015 года, то расходы на здравоохранение на душу населения вырастут на 60% в странах Американского континента с быстро растущей экономикой здравоохранения по сравнению с уровнями 2005 года. За этот же период времени они удвоятся в странах Европы и Ближнего Востока и увеличатся в три раза в странах Восточной Азии (рис. 6.2).

Хотя темпы роста расходов дают возможность начать реформу ПМСП, они также активизируют тенденции в развитии сектора здравоохранения, которые противоречат концепции и ценностям первичной медико-санитарной помощи. Огромное значение имеет начальный этап: тот или иной политический выбор, который делается из соображений политической или технической целесообразности, например, с тем чтобы не допустить регулирования коммерческой медицинской помощи, может затруднить переориентацию систем здравоохранения на ценности ПМСП на последующем этапе, поскольку появляются

мощные групповые интересы и устанавливается стимулируемая предложением структура спроса<sup>11</sup>. Превалирование высокоразвитой специализированной инфраструктуры, которая соответствует ожиданиям богатого меньшинства, усугубляется с появлением нового быстро растущего рынка медицинского туризма, в рамках которого пациентов из стран с высокочасовой экономикой здравоохранения с высокими фиксированными затратами направляют в страны с относительно низкочасовой экономикой здравоохранения. Это снижает приток специалистов в сферу первичной медико-санитарной помощи, стимулируя беспрецедентный уровень специализации среди медицинских работников<sup>12</sup>. В противоположность этим тенденциям деятельность министерств здравоохранения во многих из этих стран по-прежнему организуется вокруг программ борьбы с конкретными заболеваниями, к тому же они недостаточно компетентны для того, чтобы использовать рычаг увеличения ресурсов для регулирования сферы предоставления медицинской помощи. В результате этого зачастую возникает двухуровневая система с высокораз-

**Рисунок 6.2** Прогнозируемые расходы на здравоохранение на душу населения в 2015 году в странах с быстро растущей экономикой здравоохранения, в международных долларах (средневзвешенные показатели)<sup>a</sup>



\* Без учета стран с неустойчивой экономикой.

<sup>a</sup> При условии, что ежегодные темпы роста государственных, частных предварительно оплаченных и наличных расходов, рассчитанные по данным за период 1995–2005 гг.<sup>5</sup>, сохранятся до 2015 г.



витой специализированной инфраструктурой здравоохранения, которая отвечает ожиданиям богатого меньшинства при наличии огромных разрывов в доступности услуг для большей части населения.

Реформы, направленные на обеспечение всеобщего доступа к ориентированной на людей первичной медико-санитарной помощи, могут помочь исправить подобные диспропорции. Эти реформы используют преимущества новых технологий, которые обеспечивают быстрый, простой, надежный и низкокзатратный доступ к услугам, прежде не доступным из-за того, что были слишком дорогими или требовали сложной вспомогательной инфраструктуры. К числу таких новшеств относятся экспресс-тесты на ВИЧ и язву желудка, более эффективные лекарственные средства, которые облегчают перевод охраны психического здоровья с уровня стационарных учреждений на уровень учреждений первичной медико-санитарной помощи<sup>13</sup>, и достижения в области хирургии, которые или устраняют, или резко уменьшают необходимость госпитализации. Подобные новшества в сочетании с увеличением числа научно обоснованных руководств значительно расширяют возможности бригад первичной медико-санитарной помощи по решению проблем, усиливая роль практикующих врачей-терапевтов<sup>14</sup>, и потенциальные возможности для самопомощи. Таким образом, в условиях, когда технологический разрыв между амбулаторным лечением по месту жительства и специализированными медицинскими учреждениями не так велик, как 30 лет назад, возможно быстрое развитие ориентированной на людей медицинской помощи. В Чили, например, за пятилетний период пользование услугами первичной помощи выросло в два раза наряду с крупными инвестициями в медицинский персонал и оборудование различных служб здравоохранения – от неотложной стоматологической помощи и лабораторий до лечения на дому состояний хронической боли. Отдача от таких изменений может быть увеличена путем целенаправленного охвата и расширения прав и возможностей большого числа малообеспеченных и социально изолированных групп населения в этих странах, а также соответствующего изменения государственной политики.

В странах с быстро растущей экономикой здравоохранения Северной и Южной Америки и Европейского региона менее трети ожидаемого роста, в соответствии с существующими тенденциями, обеспечивается за счет увеличения расходов на здравоохранение, оплачиваемых наличными.

Две трети этого роста обеспечивается за счет увеличения государственных расходов в сочетании, в случае стран Северной и Южной Америки, с ростом частных предварительно оплачиваемых расходов (рис. 6.2). Последний вид оплаты расходов играет все большую роль в странах Дальнего Востока, где, как и на Ближнем Востоке, примерно 40% роста, в соответствии с существующими тенденциями, будет обеспечено за счет расходов, оплачиваемых наличными. Эффективное осуществление реформ первичной медико-санитарной помощи будет отчасти зависеть от возможности регулировать и влиять на частные предварительно оплачиваемые расходы и, в особенности в Азии, ограничивать зависимость от расходов, оплачиваемых наличными.

В большинстве этих стран объем расходов относительно ВВП или общих государственных расходов остается низким, что оставляет пространство для наращивания финансирования в целях ускорения реформ ПМСП и для их поддержки путем принятия параллельных и не менее важных мер по обеспечению всеобщего охвата и снижению зависимости от наличной оплаты. Во многих этих странах распределение государственных ресурсов осуществляется из расчета на одного человека, по крайней мере, это частично касается совокупных частных предварительно выплаченных средств. Это дает возможность для включения в формулы исчисления из расчета на душу населения таких критериев, как относительная депривация или неудовлетворенные потребности в медицинской помощи. Таким образом, процесс распределения ресурсов может быть успешно превращен в инструмент содействия обеспечению равенства в уровне здоровья и введения в действие стимулов, благоприятствующих переходу к первичной медико-санитарной помощи и более здоровой государственной политике.

Некоторые крупнейшие страны мира – Бразилия, например, – в настоящее время используют подобного рода возможности в самых широких масштабах, развивая сети учреждений первичной медико-санитарной помощи, одновременно уменьшая их зависимость от оплаты услуг наличными<sup>15</sup>. Однако такие реформы редко проводятся без давления со стороны потребителей. В Чили в рамках политики в области здравоохранения был детально разработан страховой пакет и проведена широкая информационная кампания, знакомявшая население с их законным правом на эти услуги. Людей информируют о виде услуг, включая доступ к специализированной медицинской помощи, предоставления которых они могут требовать от бригад по оказанию первичной меди-

цинской помощи. Обеспечение таких точно сформулированных прав в сочетании с устойчивыми инвестициями создает мощный стимул для развития первичной медико-санитарной помощи. При надлежащем управлении эти стимулы обладают потенциальными возможностями для ускорения процесса сближения, избегая при этом, по крайней мере частично, диспропорций и проявления неэффективности, которыми страдали страны с высокими доходами в предыдущие годы.

### Страны с низкокзатратной, медленно растущей экономикой здравоохранения

Страны этой группы, в которых живет 2,6 млрд. человек и на которые приходится менее 5% общемировых расходов на здравоохранение, страдают от абсолютного недофинансирования своего сектора здравоохранения наряду с непропорционально тяжелым бременем болезней. Сохраняющиеся высокие уровни материнской смертности в этих странах, а они, как утверждают, составляют почти 90% всех случаев материнских смертей, возможно, являются самым наглядным проявлением влияния недофинансирования здравоохранения на результаты деятельности систем здравоохранения.

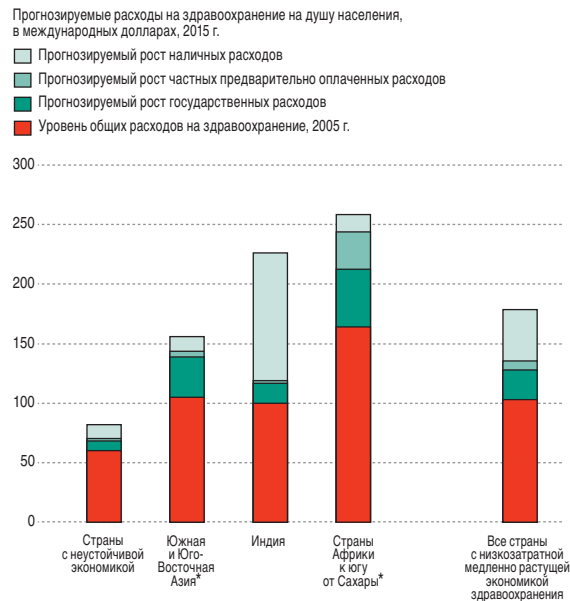
Вызывает тревогу медленный рост расходов на здравоохранение в этих странах и его зависимость от политической и экономической ситуации. В государствах с неустойчивой экономикой, особенно тех из них, что расположены в Африке, уровень расходов на здравоохранение не только низкий, но он едва растет, причем 28% этого незначительного прироста, достигнутого в последние годы, происходит за счет внешней помощи. Расходы на здравоохранение в других странах этой группы растут более быстрыми среднегодовыми темпами на уровне 6–7%. При сохранении существующих тенденций расходы на здравоохранение на душу населения к 2015 году более чем удвоятся в Индии по сравнению с 2005 годом и увеличатся в полтора раза в других странах, за исключением государств с неустойчивой экономикой (рис. 6.3). Во многих странах это предоставляет значительные возможности для проведения реформ первичной медико-санитарной помощи, особенно там, где рост обеспечивается за счет увеличения государственных расходов или, как в Южной Африке, с помощью других форм предварительной оплаты. В Индии, однако, более 80% этого роста, при сохранении существующих тенденций, будет обеспечено за счет расходов, оплаченных наличными

средствами, что значительно ограничивает возможности проведения реформ.

В странах этих регионов накопился ряд проблем, которые при всем их разнообразии имеют много общих характеристик. Целые группы населения лишены доступа к качественной медицинской помощи вследствие недоступности любых услуг, их чрезмерной дороговизны или недофинансирования, нехватки персонала или оборудования либо из-за их фрагментированности или ограниченности несколькими приоритетными программами. Осуществляются в лучшем случае ограниченные меры по разработке разумной государственной политики, которая поощряет охрану здоровья и направлена на устранение детерминантов плохого здоровья. Нерегулируемая коммерциализация частной и государственной медицинской помощи быстро становится нормой для городского населения и во все большей степени для сельского населения, что является гораздо более серьезной и недооцененной проблемой, угрожающей ценностям первичной медико-санитарной помощи, чем вертикализм, который так беспокоит международное медицинское сообщество.

В большинстве этих стран государство в прошлом практиковало авторитарный стиль управ-

**Рисунок 6.3** Прогнозируемые расходы на здравоохранение на душу населения в 2015 году в странах с медленно растущей низкокзатратной экономикой здравоохранения (средневзвешенные показатели)<sup>a</sup>



<sup>a</sup> Без учета стран с неустойчивой экономикой.

<sup>b</sup> При условии, что ежегодные темпы роста государственных, частных предварительно оплаченных и наличных расходов, рассчитанные на основе данных 1995–2005 годов<sup>a</sup>, сохранятся до 2015 года.



ления сектором здравоохранения. В условиях современного плюралистического общества, когда существует множество различных поставщиков медицинских услуг, формальных и неформальных, государственных и частных, лишь немногим странам удалось перейти к использованию более адекватных подходов на основе проведения консультаций и переговоров. Вместо этого, в условиях стагнирования государственного финансирования и сбоя в функционировании бюрократических механизмов государство стало проводить, как правило, политику невмешательства в отношении управления сектором здравоохранения.

В результате предпринимались лишь редкие или слабые попытки регулировать предоставление медицинской помощи на коммерческой основе, и не только в частном, но и в государственном секторе, который во многих отношениях перенял коммерческие методы предоставления нерегулируемой медицинской помощи в частном порядке. В таких условиях потенциал правительства нередко ограничивает масштабы привлечения новых ресурсов для повышения эффективности деятельности. Таким образом, органы здравоохранения получили мандат на руководство сектором здравоохранения, не обеспеченный никакими средствами для его выполнения.

В связи с этим увеличение ресурсной базы является первоочередной задачей: это необходимо для дополнительного финансирования систем здравоохранения, испытывающих недостаток ресурсов, для их возрождения к новой жизни через осуществление реформ ПМСП и для реинвестирования в лидирующие позиции государства. Сегодня необходимо развивать системы предварительной оплаты, препятствовать взиманию прямых сборов с больных и поощрять объединение ресурсов. Это позволит распределять ограниченные ресурсы более разумно и открыто, чем это происходит, когда медицинские услуги оплачиваются наличными. Хотя не существует одного правила в отношении выбора конкретного типа механизма объединения, известно, что крупные общие фонды гораздо более эффективны: постепенное объединение или интеграция программ предварительной оплаты может ускорить наращивание регулятивного потенциала и укрепление механизмов подотчетности<sup>16</sup>.

В значительном числе этих стран с медленно растущей низкокзатратной экономикой здравоохранения, особенно в странах Африки к югу от Сахары и государствах с неустойчивой экономикой, резкое увеличение средств, привлекаемых по линии внешнего финансирования, которые направляются на поддержку здравоохранения

через двусторонние каналы или посредством нового поколения глобальных финансовых инструментов, способствовало повышению жизнеспособности сектора здравоохранения. Внешние финансовые ресурсы необходимо постепенно перенаправлять таким образом, чтобы это помогало наращивать институциональный потенциал для достижения отдаленной цели обеспечения самоподдерживающегося всеобщего охвата. В прошлом основная часть донорской помощи направлялась на реализацию краткосрочных проектов и программ, что вело к ненужным задержкам или даже мешало становлению финансовых институтов, необходимых для управления программами по достижению всеобщего охвата. Возобновление среди доноров интереса к поддержке национальных процессов планирования как части программы гармонизации и согласования деятельности, а также консенсус в отношении обеспечения всеобщего доступа предоставляют новые возможности для увеличения инвестиций в развитие институционального аппарата, необходимого для достижения всеобщего охвата. В то время как сокращение катастрофических расходов на охрану здоровья и достижение всеобщего охвата являются достаточно убедительным обоснованием подобного изменения в поведении доноров, наращивание устойчивого национального финансового потенциала обеспечивает стратегию окончательного выхода из донорской зависимости.

Правительства могут сделать больше для поддержки сектора здравоохранения в этих условиях. Страны с низкокзатратной медленно растущей экономикой здравоохранения выделяют лишь незначительную долю своих государственных доходов на здравоохранение. Даже странам Африки к югу от Сахары, которые добились прогресса, выделяя в среднем 8,8% государственных расходов на здравоохранение в 2005 году, все еще далеко до достижения целевого показателя в 15%, установленного в Абуджийской декларации<sup>5</sup>. Достижение этого показателя позволит увеличить общий объем расходов на здравоохранение в регионе на 34%. Опыт последнего десятилетия свидетельствует о возможности быстрого увеличения доли государственных доходов, выделяемой на здравоохранение. Например, под воздействием растущего давления со стороны широкого ряда гражданских и политических движений общие государственные расходы на здравоохранение в Индии – и особенно на развитие первичной медико-санитарной помощи, – как ожидается, вырастут в три раза в течение следующих пяти

лет<sup>17</sup>. В другом случае министерство здравоохранения Бурунди в четыре раза увеличило свой бюджет в период между 2005 и 2007 годами, успешно воспользовавшись средствами, которые стали доступны в результате снижения задолженности в рамках Расширенной инициативы в отношении бедных стран с высоким уровнем задолженности (ХИПК). В среднем в 23 странах на завершающем этапе осуществления инициативы по ХИПК и Многосторонней инициативы по облегчению бремени задолженности (МДРИ) годовая экономия от списания задолженности по линии ХИПК в течение 10 лет после установления соответствия квалификационным требованиям составит сумму, эквивалентную 70% государственных расходов на здравоохранение на уровнях 2005 года<sup>18</sup>. Только часть этих денежных средств будет направлена на здравоохранение, но даже это значительно повысит финансовый вес органов общественного здравоохранения.

Увеличение ресурсной базы – не единственный источник создания новых возможностей. Преобладавшие до сих пор экспериментальные проекты в настоящее время сменяются в большей степени систематическими действиями по достижению всеобщего доступа, хотя нередко это касается одного мероприятия по охране здоровья или одной программы борьбы с каким-либо заболеванием. Такие программы большой социальной значимости, разработанные в отношении ЦРТ, вдохнули жизнь в ряд концепций, являющихся ключевыми для организации ориентированной на людей медицинской помощи. Среди них – настоятельная необходимость обеспечения всеобщего доступа к высококачественной и безопасной медицинской помощи без взыскания за нее денежных средств; значимость обеспечения непрерывной медицинской помощи и необходимость учета социальных, культурных и экономических условий, в которых живут все мужчины, женщины и семьи данной общины. Благодаря внедрению таких подходов, как Интегрированное ведение болезней подросткового и взрослого возраста (ИВБПВВ) и меры по охране здоровья на базе общины, осуществляемые в рамках Программы борьбы с онхоцеркозом (ПБО)<sup>19</sup>, интеграция становится реальностью. Глобальные инициативы стали делать меньший упор на программы борьбы с заболеваниями и начинают осознавать важность укрепления системы в целом, например посредством Программы укрепления систем здравоохранения Альянса ГАВИ, тем самым способствуя достижению большей согласованности прежде раздробленных инициатив. Значительно быстрее, чем предполагалось, и в

значительной степени под влиянием спроса распространяются информационные технологии, направленные на поддержку первичного звена медицинской помощи, например ведение медицинской документации в электронной форме. Меры по расширению масштабов лечения ВИЧ помогли выявить недостатки в основных звеньях систем, например, в управлении поставками диагностического оборудования и лекарственных средств, и установить контакты с другими секторами, такими как сельское хозяйство, учитывая настоятельную необходимость продовольственной безопасности. Осознание масштабов кризисной ситуации с кадрами обусловило разработку смелой политики и программ, включая перераспределение функций, дистанционное обучение и новые методы использования финансовых и нефинансовых стимулов.

В этих условиях задача заключается не в том, чтобы добиться большего с помощью минимума средств, но в том, чтобы использовать рост сектора здравоохранения для достижения большего. Объем неудовлетворенных потребностей в этих странах огромен, поэтому обеспечение доступности медицинских услуг по-прежнему остается основной задачей. Это требует постепенного внедрения врачебных участков – либо через организацию государственных служб, либо путем заключения договоров с НПО, или посредством того и другого. Однако с учетом сложности современных систем здравоохранения, в особенности в городских районах, но также и в других местах, необходима гибкая и творческая интерпретация этих организационных стратегий. В столицах многих африканских стран, например, почти или полностью исчезли государственные медицинские учреждения по оказанию первичной или даже вторичной медико-санитарной помощи, на смену которым пришли нерегулируемые коммерческие поставщики медицинских услуг<sup>20</sup>. Творческие решения на основе союза с местными органами власти, организациями гражданского общества и потребителей позволяют использовать увеличивающиеся объемы денежных средств – объединенных частных предварительных выплат, взносов по социальному страхованию, финансовых средств от муниципальных властей и поступлений от налогов – в целях создания системы первичной медико-санитарной помощи, которая будет действовать как система социальной защиты, как альтернатива нерегулируемому коммерческому медицинскому обслуживанию и как пример того, какой должна быть заслуживающая доверия и ориентированная на человека медицинская помощь.



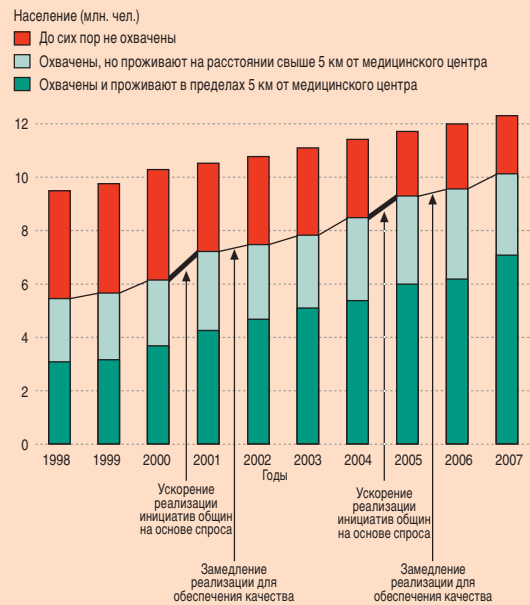
## Вставка 6.2 Благотворная взаимозависимость предложения и спроса на первичную медико-санитарную помощь

В Мали сеть первичной медико-санитарной помощи состоит из принадлежащих общинам и руководимых общинами пунктов первичной медицинской помощи, работающих при поддержке государственных районных бригад медицинской помощи и специализированных учреждений. Существует план охвата, принимаемый на основе переговоров с общинами, которые при желании могут выступить с инициативой по созданию центра первичной медико-санитарной помощи в соответствии с рядом критериев. Здесь важна заинтересованность, поскольку медицинский центр будет принадлежать общине и управляться ею: например, за набор (и финансирование) штата медицинского центра, состоящего из бригады численностью от трех до четырех человек под руководством медсестры или семейного врача, будет отвечать ассоциация здравоохранения местных общин. Община может заключить соглашение с министерством здравоохранения о получении технической и финансовой поддержки со стороны районных бригад медицинской помощи, которые помогут ввести медицинские центры в действие, а также обеспечат контроль и поддержку их последующей деятельности.

Эта модель оказалась весьма популярной, несмотря на то, что общинам пришлось приложить огромные усилия для мобилизации средств и организации этих учреждений: к 2007 году функционировало 826 таких центров (по сравнению с 360 центрами 10 лет назад), на создание которых в среднем было израсходовано 17 тыс. долл. США. Эта система продемонстрировала свою устойчивость и способствовала значительному росту объема услуг по оказанию медицинской помощи: число случаев оказания медицинской помощи в этих центрах выросло в 2,1 раза. Число женщин, находившихся на дородовом наблюдении, увеличилось в 2,7 раза, а число родов, принятых квалифицированным медицинским персоналом, – в 2,5 раза, при этом уровни охвата этими услугами, измеренные с помощью демографических и медико-санитарных обследований в 2006 году, составляли 70% и 49% соответственно; уровень охвата вакцинацией КДСЗ в 2006 году достиг 68%.

Люди, безусловно, считают, что инвестиции оправданы. Дважды в течение последних 10 лет, а именно в период между 2000 и 2001 годами, а также 2004 и 2005 годами, спрос и местная инициатива в отношении создания новых центров росли так

**Рисунок 6.4** Постепенное расширение охвата с помощью принадлежащих общинам и управляемых общинами медицинских центров в Мали, 1998–2007 годы



Источник: Système national d'information sanitaire (SNIS), Cellule de Planification et de Statistiques Ministère de la Santé Mali [Национальная система медико-санитарной информации (НСМСИ), Отдел планирования и статистики министерства здравоохранения Мали].

быстро, что органам здравоохранения Мали пришлось принять меры для сдерживания темпов роста сети, с тем чтобы иметь возможность гарантировать стандарты качества (рис. 6.4). Это говорит о том, что благотворная взаимозависимость увеличения спроса и улучшения предложения функционирует. Органы здравоохранения расширяют ассортимент предлагаемых услуг и повышают их качество, поощряя набор врачей для работы в сельских центрах первичной медико-санитарной помощи, одновременно продолжая поддерживать расширение сети.

В конечном счете важен опыт пациентов, получивших доступ к медицинским услугам. Если их радушно принимают и не прогоняют, если о них помнят и не забывают, если их принимает врач, который хорошо знает их, если уважаются неприкосновенность их частной жизни и достоинство, предоставляется надлежащая помощь, если их информируют о возможности сдать анализы, снабжают лекарствами и не взимают с них плату по месту обслуживания, то доверие к таким учреждениям будет только расти.

Рост доверия может привести к возникновению благотворной взаимозависимости между уве-

личением спроса и улучшением предложения (вставка 6.2). Рост доверия в результате создания такой взаимозависимости является важнейшим условием достижения социального и политического консенсуса по вопросу инвестиций в более разумную государственную политику, осуществляемую в различных секторах. Разработка эффективной политики в области продовольственной безопасности, образования и отношений между сельскими и городскими районами имеет решающее значение для охраны здоровья и достижения равенства в уровне здоровья: степень влияния сектора здравоохранения на эту политику в значи-

тельной степени зависит от ее результативности в предоставлении качественной первичной медико-санитарной помощи.

## Мобилизация движущих сил реформы

При всем разнообразии национальных условий, в рамках которых реформы первичной медико-санитарной помощи должны найти свое конкретное выражение, решающую роль играет процесс глобализации. Он изменяет баланс между международными организациями, национальными правительствами, негосударственными структурами, местными и региональными властями и отдельными гражданами.

Эти широкие изменения не могут не сказаться на состоянии здравоохранения в мире. За последние 30 лет традиционное национальное государство и архитектура многосторонних отношений претерпели преобразования. Быстро растет число организаций гражданского общества, появляются государственно-частные партнерства и глобальные информационно-пропагандистские сообщества, связанные с решением конкретных задач здравоохранения. Правительственные органы работают вместе с научно-исследовательскими организациями и консалтинговыми фирмами, а также с негосударственными транснациональными учреждениями, фондами и НПО, которые действуют в глобальном масштабе. Появляются национальные диаспоры, которые обладают значительными ресурсами и влиянием благодаря переводам денег – в объеме примерно 150 млрд. долл. США в 2005 году, – что мешает росту иностранной помощи на цели развития. Незаконные глобальные сети поставили на коммерческую основу торговлю фальсифицированными лекарственными средствами или удалением токсичных отходов, и сегодня они имеют ресурсы, которые позволяют им использовать в своих интересах и подрывать потенциал государственных органов. Власть переходит от национальных правительств к международным организациям и в то же время к субнациональным организациям, включая разнообразные местные и районные органы самоуправления и неправительственные учреждения<sup>21</sup>.

Эта новая и нередко хаотичная усложненность представляет особую трудность, в частности для органов здравоохранения, которые в своем выборе колеблются между неэффективной и зачастую контрпродуктивной командно-административной системой управления и опасной политикой невмешательства со стороны государства. Вместе с тем это также несет с собой

новые общие возможности для инвестирования в потенциал руководства и посредничества в проведении политики реформ путем мобилизации знаний, трудовых ресурсов и населения.

## Мобилизация производства знаний

Проведение реформ ПМСП можно ускорить и направлять по правильному пути с помощью обзоров политики в сфере ПМСП, которые позволяют мобилизовать творческую фантазию, интеллектуальный потенциал и изобретательность организаций. Существует технология проведения обзоров политики<sup>22</sup>, но необходимо их более четко сформулировать. Они должны быть переориентированы на мониторинг хода осуществления каждого из четырех взаимосвязанных пакетов реформ ПМСП; на выявление, по мере их возникновения, технических и политических препятствий для их прогресса; и на обеспечение элементов, позволяющих при необходимости корректировать ход реформ.

В глобализирующемся мире при проведении обзоров политики в области ПМСП можно использовать преимущества сетей сотрудничества внутри стран и между ними в целях создания критической массы, способной привести к необходимым реформам и способствовать их осуществлению. Действительно, собственные учреждения многих стран не обладают техническим опытом, контекстуальными знаниями и необходимым потенциалом для беспристрастного анализа, который требуется при обзорах политики в области ПМСП. Открытые, представительные и опирающиеся на сотрудничество структуры, такие как латиноамериканские модели обсерваторий<sup>23</sup>, могут в значительной мере способствовать использованию всего разнообразия национальных ресурсов. Такие модели также дают возможность извлечения дополнительных преимуществ из международного сотрудничества и для преодоления ограничений внутреннего потенциала отдельных стран. Сегодня директивные органы чаще обращаются к иностранному опыту, чем в прошлом, и они используют его для ведения национального политического диалога на основе новых подходов и более надежных данных о том, какие модели работают, а какие нет<sup>22</sup>. Встраивание национальных институтов в региональные сети, которые сотрудничают в проведении обзоров политики в сфере ПМСП, дает возможность для создания фонда технических знаний и информации. Важно, что это может способствовать созданию региональных механизмов обеспечения более эффективного представительства в важных, но требующих больших





трудозатрат глобальных органах при уменьшении нагрузки на дефицитные национальные ресурсы.

Развитие более структурированного и интенсивного межстранового сотрудничества по вопросам проведения обзоров политики в области ПМСП позволит получать более надежные международные сопоставимые данные о различиях в развитии систем здравоохранения, основанных на ПМСП, о моделях надлежащей практики и факторах, способствующих успешному проведению реформ ПМСП. В настоящее время подобная информация зачастую или отсутствует, или с трудом поддается сопоставлению, или устарела. Использование сетей экспертов и учреждений из различных регионов дает возможность для получения согласованных и надежных ориентиров для оценки прогресса и беспрепятственного доступа к международным (национальным) источникам информации, важной для мониторинга первичной помощи. Это может в значительной степени изменить характер руководства реформами ПМСП. Многообещающими шагами в этом направлении являются различные инициативы, такие как Мониторинг деятельности по оказанию первичной медико-санитарной помощи для Европы (PHAMEU)<sup>24</sup>, представляющий собой сеть учреждений и организаций из 10 государств – членов Европейского союза, или Региональная сеть по вопросам равенства в уровне здоровья (EQUINET)<sup>25</sup>, сеть специалистов, членов гражданского общества, политиков и государственных чиновников в Южной Африке.

Своей разработкой ждет обширная повестка дня по научным исследованиям, обладающая колоссальным потенциалом по ускорению реформ ПМСП (см. вставку 6.3). Пока же доля расходов на здравоохранение, выделяемая на определение наиболее эффективных методов, например, на исследование медицинских услуг, составляет менее 0,1% общих расходов на здравоохранение в Соединенных Штатах, стране, которая направляет самую большую долю (5,6%) ее расходов на здравоохранение на биомедицинские исследования<sup>26</sup>. Еще один разительный пример свидетельствует о том, что только 2 млн. долл. США из 390 млн. долл. США в виде грантов, предоставляемых 32 странам в рамках программы ГАВИ по укреплению систем здравоохранения, было ассигновано на исследовательскую деятельность, несмотря на то что странам было рекомендовано сделать это. Вряд ли какой-либо другой сектор экономики стоимостью 5 триллионов международных долларов довольствовался бы такими ничтожными инвестициями в исследования,

### Вставка 6.3 От разработки нового продукта к его внедрению на местах: исследование как связующее звено<sup>27</sup>

Осуществляемая на базе ВОЗ Специальная программа по научным исследованиям и подготовке кадров в области тропических болезней (ТБИ) является первым исследованием, результаты которого используются при разработке политики и практики. Проводимые при поддержке этой программы исследования позволили впервые широко документально подтвердить эффективность применения обработанных инсектицидом противомоскитных сеток для предупреждения малярии в середине 1990-х годов при проведении многострановых многоцентровых контролируемых исследований. После проверки в конце 1980-х годов результатов применения лекарства Ивермектин для лечения онхоцеркоза, или «речной слепоты», программа ТБИ вместе с Африканской программой борьбы с онхоцеркозом приступила к изучению того, как наилучшим образом обеспечить массовое распределение этого препарата на местах. В результате этого появилась проверенная и точно отлаженная общерегиональная система для «контролируемого общинного лечения» речной слепоты, которая характеризуется как «одна из самых триумфальных кампаний в области здравоохранения, когда-либо проводившихся в развивающихся странах»<sup>28</sup>.

Сегодня, в связи с тем, что глобальное медицинское сообщество отходит от принципа вертикального управления в борьбе с болезнями, изучение методов проведения подобных операций способствует изменениям. Проведенные в последнее время при поддержке ТБИ крупномасштабные контролируемые исследования 2,5 млн. человек в 35 округах медицинского обслуживания в трех странах продемонстрировали, что контролируемые общинной методы лечения, разработанные в целях борьбы с речной слепотой, могут использоваться в качестве платформы для комплексного осуществления целого ряда мероприятий по оказанию первичной медико-санитарной помощи, включая распределение прикроватных противомоскитных сеток, лечение малярии и другие основные меры охраны здоровья, степень охвата которыми значительно увеличилась. Например, надлежащее противомаларийное лечение получили вдвое больше больных детей, причем охват, в среднем, превысил 60%. Партнерства, создаваемые со странами региона, а также другими государственными и частными учреждениями и организациями гражданского общества, особенно важны для обеспечения финансирования и проведения таких исследований. Согласно современной концепции, необходимо сделать исследование методов проведения операций еще более важным пунктом глобальных повесток дня в области исследований, с тем чтобы новые продукты могли наконец приводить к желаемым результатам в отношении здоровья посредством внедрения более целесообразной системы первичной медико-санитарной помощи. Тогда можно будет с помощью обмена знаниями и сотрудничества на глобальном, региональном и местном уровне эффективно решать застарелую проблему таких смертельно опасных заболеваний, как малярия.

имеющие отношение к его основной повестке дня: сокращение неравенства в уровне здоровья, организация ориентированной на людей медицинской помощи и разработка усовершенствованной, более эффективной государственной политики. Никакой другой столь крупный сектор не довольствовался бы столь ничтожными инвестициями в правильное понимание того, чего ждут клиенты и как они воспринимают качество обслуживания. Никакая другая отрасль подобных масштабов не уделяет так мало внимания информации о политическом контексте, в котором она функционирует, а именно позициям и стратегиям основных заинтересованных сторон и партнеров. Руководителям здравоохранения давно пора понять всю ценность инвестиций в эту область.

### Усиление заинтересованности медицинских работников

В каждом пакете реформ ПМСП приоритетное внимание уделяется вопросу людских ресурсов в сфере здравоохранения. Требуемые навыки и квалификация нашли отражение в обширной кадровой программе, для чего необходимо переосмысление и пересмотр существующих педагогических подходов. Предметам, которые изучают равенство в уровне здоровья и оказание первичной помощи, еще только предстоит занять центральное место в школах общественного здравоохранения. В общий учебный план уже стали включать подготовку медицинских работников до начала их работы в клиниках, которая уделяет особое внимание решению проблем в составе мультидисциплинарных групп, но программа обучения должна пойти дальше по пути подготовки в целях обеспечения формирования навыков и социальных установок, которых требует ПМСП. Это предполагает создание возможностей для обучения без отрыва от выполняемой работы во всех секторах посредством наставничества, инструктирования и непрерывного образования. Для внесения этих и других изменений в обширный перечень учебных планов и программ обучения на рабочих местах необходимы скоординированные усилия по привлечению ответственных институциональных партнеров как внутри страны, так и за рубежом.

Однако, как мы узнали в последние годы, несмотря на исключительную важность того, что изучают или преподают, содержание образования – всего лишь один из элементов комплекса систем, который влияет на эффективность работы медицинских кадров<sup>1</sup>. При решении ряда системных вопросов, касающихся медицинских кадров,

необходимо в большей степени ориентироваться на реформы ПМСП. Например, реализация задач по достижению равенства в уровне здоровья в интересах групп населения, лишенных доступа к медицинскому обслуживанию, будет по-прежнему крайне затруднительной, если не рассмотреть вопрос о том, как обеспечить эффективный найм медико-санитарных работников и их заинтересованность в работе с этим контингентом. Аналогичным образом, без обеспечения реальных возможностей для карьерного роста при работе в составе бригад первичной медицинской помощи вряд ли будет возможно реализовать на практике грандиозные перспективы, связанные с предоставлением медицинской помощи с учетом интересов отдельного лица или пациента. Точно также, мотивация является решающим условием для обеспечения того, чтобы отдельные лица и учреждения использовали свои компетенции при включении вопросов здоровья во все направления политики.

Медицинскому персоналу отводится решающая роль в реформах ПМСП. Кадры системы здравоохранения – от медсестер до лиц, определяющих политику в этой области, – нуждаются в значительных инвестициях для расширения их прав и возможностей, и эти средства необходимы для того, чтобы они могли набираться опыта, адаптироваться, учиться работать в коллективе, а также сочетать в своей работе биомедицинские и социальные подходы, понимание значимости достижения равенства в уровне здоровья и ориентацию на интересы пациента. Без инвестиций в их мобилизацию они могут стать постоянным источником противодействия переменам, цепляясь за модели прошлого, которые они считают удобными, вселяющими уверенность, выгодными и доступными их пониманию. Однако если они смогут увидеть и ощутить на практике, что первичная медицинская помощь – это работа, которая стимулирует и доставляет удовлетворение, приносит экономическую и социальную пользу и выгоду, тогда медико-санитарные работники не только останутся на этой работе, но и, возможно, станут боевым авангардом в этой сфере. И здесь опять же благодаря использованию возможностей, которые предоставляются в связи с передачей и обменом опытом в условиях глобализирующегося мира, можно ускорить необходимые преобразования.

### Привлечение населения к участию

История политики проведения реформ ПМСП в странах, которые добились серьезных успехов,



еще не написана. Очевидно, однако, что там, где эти реформы были успешными, рост спроса и давление со стороны гражданского общества неизменно приводили к поддержке первичной медицинской помощи сектором здравоохранения и политическими кругами. Имеется множество примеров такого спроса. В Таиланде первоначальные усилия по мобилизации гражданского общества и политиков вокруг выполнения программы по достижению всеобщего охвата были предприняты изнутри министерства здравоохранения<sup>29, 30</sup>. Однако только когда тайские реформаторы присоединились к гражданскому обществу, поддержав растущее давление с его стороны, направленное на расширение доступа к медицинской помощи, появилась возможность использовать политическую обстановку и приступить к проведению реформы<sup>31</sup>. Всего через несколько лет охват был расширен, и большинство населения получило доступ к финансируемой государством системе первичной медицинской помощи, которая, по данным анализа результативности затрат относительно заболеваемости, отвечает интересам беднейших слоев населения<sup>32, 33</sup>. В Мали возрождение системы ПМСП в 1990-х годах началось с создания союза между частью министерства здравоохранения и частью сообщества доноров, что позволило преодолеть первоначальное сопротивление и скептицизм<sup>34</sup>. Несмотря на это, непрерывного роста охвата удалось добиться только тогда, когда сотни местных “ассоциаций здравоохранения в общинах” объединились во влиятельную группу давления в целях активизации деятельности министерства здравоохранения и укрепления политической воли<sup>35</sup>. В Западной Европе потребительские организации занимают важное место в дискуссиях по вопросам здравоохранения и государственной политики в области здравоохранения, так же как и многие другие организации гражданского общества. В других странах, например в Чили, подобная инициатива берет свое начало на политической арене в рамках выполнения повестки дня по демократизации общества. В Индии Национальная миссия по медицинскому обслуживанию сельского населения возникла в результате сильного давления со стороны гражданского общества и политических кругов, тогда как в Бангладеш поддержка ПМСП была оказана главным образом благодаря давлению со стороны квазигосударственных НПО<sup>36</sup>.

Из этого можно извлечь важный урок: влиятельных союзников для поддержки реформы ПМСП надо искать внутри гражданского общества. Они способны провести различие между предпринимаемой из лучших побуждений

кратковременной попыткой и успешной и устойчивой реформой, а также между чисто технической инициативой и инициативой, пользующейся поддержкой политических кругов и общественным одобрением. Это не значит, что государственная политика должна определяться исключительно спросом. Органы здравоохранения должны обеспечить баланс между ожиданиями и спросом населения и необходимостью, техническими приоритетами и прогнозируемыми будущими проблемами. Органы здравоохранения, заинтересованные во внедрении ПМСП, должны использовать динамику давления со стороны гражданского общества в поддержку реформ в рамках политических дебатов, которые ведутся на основе полученных данных и информации и с учетом обмена опытом с другими партнерами, как внутри страны, так и за пределами национальных границ.

Сегодня можно найти более веские доводы в поддержку здравоохранения, чем в прошлом. Это объясняется не только внутренне присущими ему целями, например равенством в уровне здоровья, или вкладом сектора в экономический рост – какими бы обоснованными они ни были, эти аргументы не всегда являются самыми убедительными, – но также политическими мотивами. Здравоохранение само по себе – это экономический сектор, значение которого непрерывно растет, и одновременно фактор развития и социальной сплоченности. Среди основных требований, которые население развивающихся обществ предъявляет к своим правительствам, звучат требования обеспечить надежную защиту от опасностей для здоровья людей и равный доступ в случае необходимости к качественной медицинской помощи. Здравоохранение стало реальным критерием того, как развиваются общества и, вследствие этого, того, насколько эффективно правительства выполняют свою роль. Это является источником потенциальной силы и мощи этого сектора и основой для обеспечения того уровня заинтересованности со стороны общества и политического руководства, который соответствует масштабу проблем.

Экономическое развитие и возникновение общества знания увеличивают вероятность – хотя и не делают ее неизбежной – того, что уровень ожиданий в отношении здоровья и систем здравоохранения будет расти, – ожиданий отчасти реалистичных, отчасти нет, отчасти своекорыстных, а отчасти вызванных озабоченностью в отношении того, что является благом для общества в целом. Усиление значимости некоторых основных ценностей, лежащих в основе этих ожида-

ний, – равенства, сплоченности, ориентации на интересы людей и их стремление участвовать в решении вопросов, которые касаются их самих и их здоровья, – это долговременная тенденция. Нельзя сказать, что системы здравоохранения естественным образом тяготеют к этим целям, поэтому каждая страна должна сделать осознанный выбор при принятии решения в отношении будущего своей системы здравоохранения. Вполне возможно, что выбор будет не в пользу ПМСП. Однако в долгосрочной перспективе это

повлечет за собой серьезные потери: в виде упущенной выгоды для здоровья, разорительных расходов, утраты доверия к системе здравоохранения в целом и, в конечном счете, в виде потери политической легитимности. Страны должны продемонстрировать способность реформировать свои системы здравоохранения с учетом меняющихся задач, а также растущих ожиданий населения. Вот почему мы нуждаемся в мобилизации всех сил и средств в поддержку ПМСП, причем сегодня более, чем когда-либо.

## Библиография

1. *World Health Report 2006 – Working together for health*. Geneva, World Health Organization, 2006.
2. Ezekiel JE. The perfect storm of overutilization. *JAMA*, 2008, 299:2789–2791.
3. Halman L et al. *Changing values and beliefs in 85 countries. Trends from the values surveys from 1981 to 2004*. Leiden and Boston MA, Brill, 2008 (European Values Studies, No. 11).
4. Lübker M. *Globalization and perceptions of social inequality*. Geneva, International Labour Office, Policy Integration Department, 2004 (World Commission on the Social Dimension of Globalization, Working Paper No. 32).
5. *National health accounts*. Geneva, World Health Organization, 2008 (<http://www.who.int/nha/country/en/index.html>, accessed May 2008).
6. *National strategy to reduce social inequalities in health. Paper presented to the Storting*. Oslo, Norwegian Ministry of Health and Care Services, 2007 (Report No. 20 (2006–2007); <http://www.regjeringen.no/en/dep/hod/Documents/regpubl/stmeld/2006-2007/Report-No-20-2006-2007-to-the-Storting.html?id=466505>, accessed 19 July 2008).
7. Smith G et al. Genetic epidemiology and public health: hope, hype, and future prospects. *Lancet*, 2005, 366:1484–1498.
8. Moran M. *Governing the health care state: a comparative study of the United Kingdom, The United States and Germany*. Manchester and New York NY, Manchester University Press, 1999.
9. Heath I. A general practitioner for every person in the world. *BMJ*, 2008, 336:861.
10. Busse R, Schlette S, eds. *Focus on prevention, health and aging, and health professions*. Gütersloh, Verlag Bertelsmann Stiftung, 2007 (Health Policy Developments 7/8).
11. Rothman DJ. *Beginnings count: the technological imperative in American health care*. Oxford and New York NY, Oxford University Press, 1997.
12. *Human resources for health database*. Geneva, World Health Organization, 2008 ([http://www.who.int/topics/human\\_resources\\_health/en/index.html](http://www.who.int/topics/human_resources_health/en/index.html)).
13. *PHC and mental health report*. Geneva, World Health Organization, 2008 (in press).
14. Mullan F, Frehywot S. Non-physician clinicians in 47 sub-Saharan African countries. *Lancet*, 2007, 370:2158–2163.
15. World Health Statistics 2008 (<http://www.who.int/whosis/en/>).
16. *Achieving universal health coverage: developing the health financing system*. Geneva, World Health Organization, 2005 (Technical briefs for Policy-Makers No. 1; WHO/EIP/HSF/PB/05.01).
17. National Rural Health Mission. *Meeting people's health needs in rural areas. Framework for implementation 2005–2012*. New Delhi, Government of India, Ministry of Health and Family Welfare (<http://mohfw.nic.in/NRHM/Documents/NRHM%20-%20Framework%20for%20Implementation.pdf>, accessed 4 August 2008).
18. *Heavily indebted poor countries (HIPC) initiative and multilateral debt relief initiative (MDRI) – status of implementation, 28 August 2007*. Washington DC, International Monetary Fund, 2007 (<http://www.imf.org/external/np/pp/2007/eng/082807.pdf>, accessed 12 March 2008).
19. *Integrated community-based interventions: 2007 progress report to STAC(30)*. Geneva, United Nations Development Programme/World Bank/World Health Organization Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases, 2008 (TDR Business Line 11).
20. Grodos D. *Le district sanitaire urbain en Afrique subsaharienne. Enjeux, pratiques et politiques*. Louvain-la-Neuve, Paris, Karthala-UCL, 2004.
21. Baser H, Morgan P. *Capacity, change and performance*. Maastricht, European Centre for Development Policy Management, 2008.
22. *OECD reviews of health systems – Switzerland*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development/World Health Organization, 2006.
23. De Campos FE, Hauck V. Networking collaboratively: the experience of the observatories of human resources in Brazil. *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, 2005, 45:173–208.
24. The PHAMEU project. Utrecht, Netherlands Institute for Health Services, 2008 (<http://www.phameu.eu/>).
25. EQUINET Africa. Regional Network on Equity in Health in Southern Africa, Harare, 2008 (<http://www.equinetfrica.org/>).
26. Hamilton M III et al. Financial anatomy of biomedical research. *JAMA*, 2005, 294:1333–1342.
27. *Community-directed interventions for major health problems in Africa: a multi-country study: final report*. Geneva, UNICEF/UNDP/World Bank/World Health Organization Special Programme for Research & Training in Tropical Diseases, 2008 ([http://www.who.int/tdr/publications/publications/pdf/cdi\\_report\\_08.pdf](http://www.who.int/tdr/publications/publications/pdf/cdi_report_08.pdf), accessed 26 August 2008).
28. *UNESCO science report 2005*. Paris, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, 2005.
29. Tancharoensathien V, Jongdomsuk P, eds. *From policy to implementation: historical events during 2001–2004 of UC in Thailand*. Bangkok, National Health Security Office, 2005.
30. Biscaia A, Conceição C, Ferrinho P. *Primary health care reforms in Portugal: equity oriented and physician driven*. Paper presented at: Organizing integrated PHC through family practice: an intercountry comparison of policy formation processes, Brussels, 8–9 October 2007.
31. Hughes D, Leethongdee S. Universal coverage in the land of smiles: lessons from Thailand's 30 Baht health reforms. *Health Affairs*, 2007, 26:999–1008.



32. Jongudomsuk P. From universal coverage of healthcare in Thailand to SHI in China: what lessons can be drawn? In: International Labour Office, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH, World Health Organization. *Extending social protection in health: developing countries' experiences, lessons learnt and recommendations*. Paper presented at: International Conference on Social Health Insurance in Developing Countries, Berlin, 5–7 December 2005. Eschborn, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ), 2007:155–157 (<http://www2.gtz.de/dokumente/bib/07-0378.pdf>, accessed 19 July 2008).
33. Tangcharoensathien V et al. *Universal coverage in Thailand: the respective roles of social health insurance and tax-based financing*. In: International Labour Office, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH, World Health Organization. *Extending social protection in health: developing countries' experiences, lessons learnt and recommendations*. Paper presented at: International Conference on Social Health Insurance in Developing Countries, Berlin, 5–7 December 2005. Eschborn, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ), 2007:121–131 (<http://www2.gtz.de/dokumente/bib/07-0378.pdf>, accessed 19 July 2008).
34. Maiga Z, Traore Nafo F, El Abassi A. *Health sector reform in Mali, 1989–1996*. Antwerp, ITG Press, 2003.
35. Baliq H, Ouattara O, Ag Iknane A. Dix ans d'expérience des centres de santé communautaire au Mali, *Santé publique*, 2001, 13:35–48.
36. Chaudhury RH, Chowdhury Z. *Achieving the Millennium Development Goal on maternal mortality: Gonoshasthaya Kendra's experience in rural Bangladesh*. Dhaka, Gonopokashani, 2007.





