



Первичная медико-санитарная помощь, включая укрепление систем здравоохранения

Доклад Секретариата

1. Многочисленные призывы к обновлению первичной медико-санитарной помощи прозвучали на ряде международных, региональных и национальных конференций, организованных ВОЗ или в сотрудничестве с ВОЗ¹, а также на совещаниях региональных комитетов в 2008 г., состоявшихся в год 30-ой годовщины Алма-Атинской декларации, в которой были сформулированы принципы достижения Здоровья для всех посредством первичной медико-санитарной помощи и рассмотрения как приоритетных потребностей в отношении здоровья, так и фундаментальных детерминант здоровья, чтобы дать возможность людям вести социально и экономически продуктивную жизнь и тем самым содействовать общему развитию.

2. Государства-члены в своих призывах к обновлению первичной медико-санитарной помощи вновь подтвердили свою приверженность ценностям равноправия, солидарности и социальной справедливости и принципам многосекторальных действий и участия местного населения. Эти призывы отражают стремление эффективно решать нынешние и будущие проблемы здоровья с помощью мобилизации профессиональных работников и широких слоев населения, правительственных учреждений и гражданского общества на выполнение повестки дня, направленной на изменение систем здравоохранения для ликвидации несправедливости, организации оказания услуг и развития.

3. За последние 30 лет здоровье населения в мире улучшилось, что отчасти может быть отнесено на счет улучшения питания, водоснабжения, санитарии, жилищных условий и просвещения. Хотя в некоторых странах и происходит стабильное улучшение результатов в отношении здоровья, в других такие результаты отстают или даже наблюдается обратная тенденция. Эти различия частично могут быть отнесены на счет социально-экономических, политических и экологических препятствий. Однако страны с низкими доходами признали, что им трудно справиться с растущими ценами на товары, рецессией, программами структурных изменений, политической нестабильностью, гражданскими беспорядками, появлением ВИЧ/СПИДа и с другими

¹ Оттава 1986 г., Любляна 1996 г., Джакарта 1997 г., Мехико 2004 г., Бангкок 2005 г., Буэнос-Айрес 2007 г., Пекин 2007 г., Бангкок 2008 г., Джакарта 2008 г., Таллинн 2008 г., Уагадугу 2008 г., Доха 2008 г.

проблемами. Но различия результатов в отношении здоровья связаны также с инвестициями в здоровье, финансированием, децентрализацией, кадровыми ресурсами и другими основными направлениями политики сектора здравоохранения.

4. Существуют показательные примеры успехов и неудач последних 30 лет: системы здравоохранения автоматически не могут установить оптимальный и наиболее эффективный баланс между укреплением здоровья, профилактикой, лечением и паллиативной помощью; они не развиваются естественным образом в направлении получения улучшенных и более справедливых результатов в отношении здоровья, большей солидарности и социальной справедливости. Лидерство и умение выбрать правильное направление требуют устойчивой приверженности общему развитию, свойственному ему подходу и его движущим силам.

5. Органы здравоохранения во многих странах осознают, что прогресс в направлении лучших результатов здоровья, включая достижение Целей тысячелетия в области развития, но не ограничиваясь ими, является слишком медленным и неравномерным, что эффективность не отвечает ожиданиям и что они плохо подготовлены к тому, чтобы выполнять задачи и удовлетворять запросы. Многие признают потенциал первичной медико-санитарной помощи для формирования более сильного чувства ориентации и единства в разделенных и раздробленных системах здравоохранения и для предоставления основы, которая обеспечит включение здоровье во все политические направления.

6. Эту неудовлетворенность повторяют международные учреждения, глобальные инициативы в области здравоохранения, доноры и организации гражданского общества. Вследствие этого, заинтересованные участники на глобальном уровне все больше признают необходимость повышения эффективности систем здравоохранения на основе ценностей первичной медико-санитарной помощи.

7. Дальнейшую поддержку оказали два доклада, опубликованные в 2008 году. Доклад Комиссии по социальным детерминантам здоровья¹ документально подтвердил увеличение разрыва в результатах в отношении здоровья как внутри стран, так и между ними и поставил перед правительствами задачу сделать справедливость четкой политической целью во всех правительственных секторах. Сделанный Комиссией анализ основополагающих социально-экономических и политических причин плохого здоровья, а также методов, которые, скорее всего, дадут решения, обеспечивает убедительное обоснование и поддержку обновленного сосредоточения на первичной медико-санитарной помощи.

¹ Комиссия по социальным детерминантам здоровья. *Ликвидировать разрыв за жизнь одного поколения: соблюдение принципа справедливости в здравоохранении путем воздействия на социальные детерминанты здоровья*. Окончательный доклад Комиссии по социальным детерминантам здоровья. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2008 г.

8. Кроме того, в *Докладе о состоянии здравоохранения в мире, 2008 г.*¹ отмечается, что как в богатых, так и бедных странах сектор здравоохранения, организованный в соответствии с принципами первичной медико-санитарной помощи, имеет гораздо больший потенциал для получения лучших результатов и повышения справедливости в отношении здоровья, а также для удовлетворения ожиданий со стороны общества. В докладе определены основные области, в которых необходимы политические изменения для того, чтобы системы здравоохранения были основаны на ценностях и принципах первичной медико-санитарной помощи.

ЗАДАЧИ В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ

9. Существуют не только различия в результатах здоровья между странами, но и неравенства в доступе, охвате и расходах.

10. Более высокие ожидания общества в отношении здоровья и медико-санитарной помощи, которым способствуют модернизация, больший доступ к информации и лучшая грамотность в вопросах здоровья порождают спрос на более ориентированный на людей доступ, лучшую организацию охраны здоровья на местном уровне и более эффективное участие в решениях, которые влияют на здоровье. На политиков и политических лидеров оказывается давление, чтобы они ориентировали системы здравоохранения в направлении равноправия в области охраны здоровья, социальной справедливости и солидарности.

11. Для этого имеются беспрецедентные возможности. В последние годы страны приобрели опыт и знания; существует взаимоусиливающий спрос на изменения со стороны населения, политиков и глобального сообщества здравоохранения; и, кроме того, как указано в докладе Секретариата, касающемся мониторинга достижения Целей тысячелетия в области развития, связанных со здоровьем², ширится консенсус в отношении того, что здоровье не улучшится без функционирующих систем здравоохранения, что системы здравоохранения функционируют лучше всего, если они основаны на первичной медико-санитарной помощи, и что существуют возможности для приведения в более полное соответствие повестки дня по реагированию на конкретные болезни с повесткой дня по усилению систем здравоохранения. Быстрое расширение, а также растущее экономическое и социальное значение сектора здравоохранения - долгосрочная тенденция во всем мире, за исключением нескольких нестабильных государств - дают рычаги для проведения политических изменений, требуемых первичной медико-санитарной помощью.

¹ Всемирная организация здравоохранения. *Доклад о состоянии здравоохранения в мире. 2008 г.: Первичная медико-санитарная помощь сегодня актуальнее, чем когда-либо*. Женева, Всемирная организация здравоохранения; 2008 г.

² Документ ЕВ124/10.

ПОВЕСТКА ДНЯ ДЛЯ ДЕЙСТВИЙ

12. Для осуществления основных изменений имеются четыре широкие политические области: преодоление неравенств в отношении здоровья путем движения к всеобщему охвату; помещение человека в центр оказания услуг; интеграция здоровья в общественную политику во всех секторах; и обеспечение всестороннего лидерства для управления здравоохранением.

13. В основу изменений должно быть положено согласование различных компонентов или строительных блоков систем здравоохранения, то есть кадровых ресурсов; системы медико-санитарной информации; систем для обеспечения доступа к медицинским препаратам, вакцинам и технологиям; системы финансирования; лидерства и управления, а также способ, с помощью которого они совместно преобразуют вклады сектора здравоохранения в общие результаты¹.

14. Политика должна быть разработана самими государствами-членами и приспособлена к конкретным условиям каждой страны. Глобальное сообщество здравоохранения также должно использовать свои возможности для мобилизации и свое влияние для содействия обновлению.

15. **Преодоление неравенств в отношении здоровья посредством движения в направлении всеобщего охвата.** Это означает движение в направлении создания достаточных сетей обслуживания (включая необходимые кадры, инфраструктуру, ресурсы, управление и руководство), ликвидации финансовых и других препятствий для доступа и защиты семей от финансовых последствий и обнищания, которые могут возникнуть в результате обращения за медицинской помощью. Движение в направлении всеобщего охвата является основной стратегией обеспечения такого положения, при котором системы здравоохранения будут способствовать равноправию и социальной справедливости в отношении здоровья, а также ликвидации исключения. Однако это не отменяет необходимость воздействия на социальные детерминанты неравенств в отношении здоровья с помощью подхода, основанного на учете интересов всего общества, как это рекомендовано Комиссией по социальным детерминантам здоровья, ни устраняет необходимость в усилиях по охвату неохваченных людей или необходимость в систематическом мониторинге и документировании неравенств в отношении здоровья и исключения.

16. В зависимости от национального контекста постепенное движение в направлении всеобщего охвата требует сочетания следующих факторов: (i) расширения сетей медицинской помощи в те места, где она отсутствует; (ii) отказ от взимания платы с больных и переход к использованию принципов солидарности и защиты посредством объединения в пулы и создания систем предварительной оплаты; и (iii) разработка механизмов социальной защиты здоровья. В странах как с высокими, так и низкими

¹ Всемирная организация здравоохранения. *Укрепление систем здравоохранения для улучшения результатов в отношении здоровья - дело каждого. Рамки ВОЗ для действий*. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2007 г.

доходами нынешние уровни и тенденции внутренних расходов на здравоохранение вполне могут допустить большую степень охвата.

17. Во многих странах затраты на основной набор медико-санитарных мер для всех находится за пределами их национальных возможностей. В течение следующих нескольких лет потребуется увеличить финансовую помощь для здравоохранения, в том числе посредством новаторских механизмов. Скептицизм относительно эффективности помощи сменился признанием необходимости для доноров направлять финансовые потоки на приоритеты и инициативы, определяемые странами, таким образом, чтобы укрепить существующую инфраструктуру, уменьшить раздробленность и дублирование и свести к минимуму операционные издержки. Распределение помощи по каналам, которые способствуют созданию институционального потенциала для управления финансированием системы, могут ускорить расширение сетей обслуживания наряду с формированием социальной защиты здоровья. Это повысит синергизм между внешним и внутренним финансированием: видимость и значение внешнего финансирования не должны скрывать тот факт, что более 75% расходов на здравоохранение в средней стране с низкими доходами поступает из внутренних источников.

18. Движение в направлении всеобщего охвата также остается незавершенной повесткой дня в странах с высокими доходами, где сдерживание расходов оказывает серьезное воздействие на справедливость в лечении.

19. **Помещение людей в центр оказания услуг.** Службы здравоохранения должны обращать гораздо больше внимания на то, чтобы пациенту придавалось первостепенное значение, а также на непрерывность и интеграцию помощи. Организация всеобъемлющего континуума помощи на протяжении всего жизненного цикла имеет особенно важное значение и включает в себя весь диапазон здравоохранительных действий от профилактики и укрепления здоровья до лечебной и паллиативной помощи. Общественный, коммерческий или некоммерческий характер оказания медицинской помощи является гораздо менее важным, чем та степень, в которой в каждом случае могут быть организованы службы для осуществления этих действий.

20. Для обеспечения оказания службами надлежащей помощи они должны быть спроектированы и организованы вокруг близких к клиентам сетей бригад первичной помощи с ответственностью за здоровье определенного населения и с возможностями координировать работу больниц, специалистов и других служб (в том числе поставки и материально-техническое обеспечение), которые могут вносить свой вклад в здоровье данного населения. Во многих странах здравоохранительные участки являются целесообразными плановыми единицами для организации оказания услуг в соответствии с этими принципами.

21. Помещение людей в центр оказания услуг - это не просто вопрос создания надлежащих моделей оказания услуг. Улучшение базисной инфраструктуры, служб и трудовых ресурсов требует долгосрочной приверженности и инвестиций. Учитывая серьезную нехватку работников здравоохранения и непосредственное воздействие этого на здоровье, инвестиции в трудовые ресурсы здравоохранения, в том числе через

профессиональные ассоциации и обучающие учреждения, имеют решающее значение в странах как с высокими, так и с низкими доходами.

22. Многосекторальные действия и учет здоровья во всех политических направлениях. В ходе обсуждений на совещаниях региональных комитетов, в Докладе Комиссии по социальным детерминантам здоровья и в *Докладе о состоянии здравоохранения в мире, 2008 г.* была подтверждена необходимость расширить усилия по улучшению здоровья посредством воздействия на более широкие социально-экономические и экологические причины плохого состояния здоровья и неравенств в отношении здоровья.

23. Лучшая общественная политика в секторе здравоохранения и за его пределами представляет собой огромный неиспользованный потенциал для улучшения здоровья. Мероприятия общественного здравоохранения от общественной гигиены и профилактики болезней до укрепления здоровья и создания потенциала быстрого реагирования имеют чрезвычайно важное значение для конечных результатов в отношении здоровья, а также для сохранения и поддержания общественного доверия к системам здравоохранения.

24. Государственные органы во всех секторах правительства должны также выполнять свои обязанности по обеспечению такого положения, при котором аспекты здоровья будут занимать свое правомерное место в обсуждениях в других политических областях, таких как гендерное равенство, защита потребителей или политика в области труда. Органы здравоохранения должны создать условия, в которых другие сектора смогут включать аспекты здоровья в свою политику и результаты. Оценки воздействия на здоровье дают обещающие перспективы для более конкретного многосекторального политического диалога.

25. Широкое лидерство и эффективное руководство в целях здоровья. Во многих странах существует необходимость в значительном реинвестировании в потенциал страны для руководства сектором здравоохранения. Усиленные обязанности должны сопровождаться новыми формами лидерства в целях здоровья, особенно в условиях, при которых политическая и административная децентрализация ставит задачи и дает возможности.

26. Хотя каждое государство-член имеет свой собственный способ руководства системой здравоохранения, главная ответственность за развитие систем здравоохранения лежит на министерствах здравоохранения. Однако, учитывая сложность сектора здравоохранения, эта ответственность должна реализовываться посредством совместных моделей политического диалога со многими участниками - от профессиональных организаций до учреждений Организации Объединенных Наций, от банков развития до гражданского общества, от женских и молодежных объединений до сетей пациентов.

27. Эти новые способы функционирования потребуют реинвестиций, соизмеримых с величиной и весом сектора здравоохранения в обществе, в потенциал лидерства, в сбор и использование информации, а также в знания и исследования. Существует четкая необходимость в более эффективных, более активных и более объединяющих способах руководства сектором здравоохранения.

ДЕЙСТВИЯ ИСПОЛНИТЕЛЬНОГО КОМИТЕТА

28. Исполнительному комитету предлагается принять к сведению настоящий доклад.

= = =