Всемирная
организация здравоохранения

ИСПОЛНИТЕЛЬНЫЙ КОМИТЕТ
146-я сессия
Пункт 23.1 предварительной повестки дня

EB146/38 Add.1
25 ноября 2019 г.

Оценка: обновленная информация и предлагаемый план работы на 2020-2021 гг.

Обзор деятельности по внедрению систем первичной медико-санитарной помощи в странах на протяжении 40 лет

Резюме

Доклад Секретариата

1. Исполнительный комитет на своей 142-й сессии (2018 г.) предложил Бюро по оценке провести обзор деятельности по внедрению систем первичной медико-санитарной помощи в странах на протяжении 40 лет[1]. Информация о сфере охвата и механизме этого обзора была представлена на рассмотрение Исполкому на 144-й сессии (2019 г.)[2].

2. В соответствии с условиями проведения обзора Бюро по оценке представляет краткую информацию о его результатах на 146-й сессии Исполнительного комитета (см. приложение)[3].

ДЕЙСТВИЯ ИСПОЛНИТЕЛЬНОГО КОМИТЕТА

3. Исполкому предлагается принять доклад к сведению.

---

[1] См. документ EB142/2018/REC/2, протоколы одиннадцатого заседания, раздел 2.

[2] См. документ EB144/51, пункты 15-20.

[3] Полный текст доклада об обзоре деятельности по внедрению систем первичной медико-санитарной помощи в странах на протяжении 40 лет имеется на веб-сайте Бюро по оценке: см. www.who.int/evaluation, по состоянию на 1 ноября 2019 г.

ПРИЛОЖЕНИЕ

ОБЗОР ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО ВНЕДРЕНИЮ СИСТЕМ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В СТРАНАХ НА ПРОТЯЖЕНИИ 40 ЛЕТ

РЕЗЮМЕ

История вопроса

1. В принятой в 1978 г. Алма-Атинской декларации государства-члены, подписавшие этот исторический документ, указали на «необходимость незамедлительных мер со стороны всех правительств, всех работников в сфере здравоохранения и развития и всей мировой общественности в целях охраны и укрепления здоровья всех народов мира»[1]. При этом они заявили о своей приверженности следующим общим принципам первичной медико-санитарной помощи: здоровье как право человека, являющееся основой для социально-экономического развития, а также для достижения всеобщего мира; здоровье, означающее не только отсутствие болезней или физических дефектов; равенство в уровне здоровья как между странами, так и в самих странах; и важная роль и ответственность правительств за здоровье своих народов и обеспечение права людей участвовать в планировании и осуществлении их медико-санитарного обслуживания. Устанавливая цель «достижения всеми народами мира к 2000 г. такого уровня здоровья, который позволит им вести продуктивный в социальном и экономическом плане образ жизни», государства-члены придали первичной медико-санитарной помощи первостепенную значимость в достижении этой цели и сформулировали основные элементы первичной медико-санитарной помощи, которые приводятся в настоящем докладе. Государства-члены подчеркнули необходимость «проявлять политическую решимость, мобилизовать ресурсы [своих стран] в интересах национального развития и рационально использовать имеющиеся внешние ресурсы», а также необходимость поддержки этих усилий со стороны ВОЗ, ЮНИСЕФ и других международных организаций.

2. Хотя практическая реализация концепции первичной медико-санитарной помощи с течением времени и в различных условиях осуществлялась самым различным образом, для целей настоящего обзора используется всеобъемлющее определение, сформулированное ВОЗ и ЮНИСЕФ в их общем концептуальном документе по первичной медико-санитарной помощи, через призму которого в настоящем обзоре рассматриваются глобальный прогресс, достижения и успешные примеры деятельности, примеры передового опыта и основные задачи. Это определение описывает первичную медико-санитарную помощь следующим образом:

> подход к здравоохранению, предполагающий участие всего общества, целью которого является обеспечение наивысшего достижимого уровня здоровья и благополучия и справедливое распределение, ориентированное на потребности и

[1] Алма-Атинская декларация: Международная конференция по первичной медико-санитарной помощи, Алма-Ата, СССР, 6-12 сентября 1978 г. (https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations /almaata78.shtml, по состоянию на 28 октября 2019 г.).

предпочтения людей (отдельных лиц, семей и сообществ), на как можно более раннем этапе неразрывного процесса от укрепления здоровья и профилактики болезней до лечения, реабилитации и паллиативной помощи и как можно ближе к среде повседневной жизни людей[1].

3. Следует четко дифференцировать первичную медико-санитарную помощь от тесно связанного термина «первичная помощь», который означает предоставление основных услуг здравоохранения преимущественно на первом уровне оказания помощи. Первичная помощь как таковая является одним из важных элементов первичной медико-санитарной помощи, однако ее следует четко отличать от более широкого понятия первичной медико-санитарной помощи как общего подхода к охране здоровья.

4. Участники Глобальной конференции по первичной медико-санитарной помощи, которая проводилась в Астане, Казахстан, 25 и 26 октября 2018 г. в ознаменование 40-й годовщины Алма-Атинской декларации, приняли Астанинскую декларацию «вновь подтверждая обязательства, выраженные в смелой и дальновидной Алма-Атинской декларации 1978 г. и Повестке дня в области устойчивого развития на период до 2030 г., в стремлении к здоровью для всех»[2]. Они обязались «принимать смелые политические решения в интересах здоровья во всех секторах», «выстраивать устойчивую первичную медико-санитарную помощь», «расширять права и возможности отдельных людей и сообществ» и «ориентировать поддержку, оказываемую заинтересованными сторонами, на национальные меры политики, стратегии и планы» с помощью знаний и создания потенциала, кадровых ресурсов здравоохранения, технологии и финансирования.

5. В этой связи Исполнительным комитетом ВОЗ на его 142-й сессии в январе 2018 г. было предложено провести обзор деятельности по внедрению систем первичной медико-санитарной помощи в странах на протяжении 40 лет[3]. Круг ведения для проведения этого обзора был представлен на 144-й сессии Исполнительного комитета в январе 2019 г. и впоследствии был принят к сведению Исполкомом[4].

6. Данный обзор охватывал 40-летний период от принятия в 1978 г. Алма-Атинской декларации по первичной медико-санитарной помощи до 2018 г. Помимо выявления достижений, проблем, полученных знаний и примеров передового опыта в области первичной медико-санитарной помощи до 2018 г., целью обзора являлась также разработка рекомендаций в отношении дальнейших путей ускорения темпов реализации национальных, региональных и глобальных стратегий и планов в области здравоохранения в целях обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения,

---

[1] A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF); 2018 (WHO/HIS/SDS/2018.X; https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/vision.pdf, по состоянию на 28 октября 2019 г.).

[2] Астанинская декларация. Женева: Всемирная организация здравоохранения и Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ); 2018 г. (WHO/HIS/SDS/2018.61; https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-ru.pdf, по состоянию на 28 октября 2019 г.).

[3] См. документ EB142/2018/REC/2, протокол одиннадцатого заседания, раздел 2.

[4] См. документы EB144/51 и EB144/2019/REC/2, протокол пятнадцатого заседания, раздел 3.

развития первичной медико-санитарной помощи и достижения Целей в области устойчивого развития. В целях определения перспективных направлений деятельности ретроспективный анализ, проведенный в рамках обзора, включал изучение того, способствовала ли деятельность по развитию первичной медико-санитарной помощи достижению всеобщего охвата услугами здравоохранения и Цели в области устойчивого развития 3 (Обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте) и выполнению связанных с ней задач и, если да, то каким образом. В этой связи двумя практическими ориентирами для проведения обзора являлись:

- **Роль первичной медико-санитарной помощи в достижении всеобщего охвата услугами здравоохранения**. В концептуальном документе по первичной медико-санитарной помощи, подготовленном ВОЗ и ЮНИСЕФ, приводятся различные возможные пути использования каждого из основных компонентов первичной медико-санитарной помощи (то есть первичной помощи и основных функций общественного здравоохранения, межсекторальной политики и действий, а также расширения прав и возможностей отдельных лиц и сообществ) для усиления действий, направленных на обеспечение всеобщего охвата услугами здравоохранения, по трем основным направлениям, которые этому способствуют, а именно путем: (i) обеспечения финансовой защиты или снижения расходов домохозяйств на здравоохранение; (ii) предоставления качественных услуг, лекарственных средств и вакцин; и (iii) обеспечения справедливого доступа. В рамках обзора были рассмотрены достижения и проблемы в этих конкретных областях в целях выявления примеров передового опыта и извлечения уроков на будущее. О наличии взаимосвязи между этими областями свидетельствуют также еще два недавно опубликованных документа. В недавно выпущенном докладе ВОЗ о мониторинге всеобщего охвата услугами здравоохранения за 2019 г. указывается, что первичная медико-санитарная помощь «во многих, если не во всех странах, выполняет роль стратегического локомотива на пути к достижению всеобщего охвата услугами здравоохранения»[1] по целому ряду направлений: уделение особого внимания расширению прав и возможностей местного населения и обеспечение подотчетности за решение социальных вопросов; межсекторальный характер, обеспечивающий связь сектора здравоохранения с другими секторами; интеграция деятельности отдельных служб на комплексной основе; обеспечение экономической рентабельности путем комплексного удовлетворения медико-санитарных потребностей населения по месту его проживания; и стремление к обеспечению справедливости в целях достижения всеобщего охвата. Эта взаимосвязь была вновь подтверждена государствами-членами на заседании высокого уровня Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций 23 сентября 2019 г., которые отметили, что первичная медико-санитарная помощь является «краеугольным камнем устойчивой системы здравоохранения, обеспечивающей

[1] Первичная медико-санитарная помощь на пути к всеобщему охвату услугами здравоохранения: Доклад о мониторинге 2019 г. Всемирная организация здравоохранения; 2019 г. (https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2019/en/, по состоянию на 28 октября 2019 г.).

всеобщий охват услугами и достижение связанных с охраной здоровья Целей в области устойчивого развития»[1].

- **Роль первичной медико-санитарной помощи в достижении Целей в области устойчивого развития.** В рамках обзора была рассмотрена концептуальная взаимосвязь между основными аспектами первичной медико-санитарной помощи/всеобщего охвата услугами здравоохранения и Целями в области устойчивого развития (особенно с целью 3), поскольку Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. обязует страны обеспечить всеобщий охват услугами здравоохранения к 2030 г. Конкретными элементами первичной медико-санитарной помощи как средства достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения, упомянутого в Повестке-2030, являются: защита от финансовых рисков; доступ к качественным основным медико-санитарным услугам; и доступ к безопасным, эффективным, качественным и недорогим основным лекарственным средствам и вакцинам для всех. Кроме того, как указывалось выше, на заседании высокого уровня в сентябре 2019 г. подчеркивалось, что первичная медико-санитарная помощь является «краеугольным камнем» для достижения связанных с охраной здоровья Целей в области устойчивого развития.

7. Целью обзора являлась оценка хода работ по внедрению систем первичной медико-санитарной помощи в мире с использованием двух взаимодополняющих источников информации: систематического обзора существующих опубликованных источников данных и оценки деятельности на страновом уровне на основе информации, предоставленной государствами-членами, и по данным, полученным с помощью онлайнового опроса всех государств-членов. **Анализ документации** включал рассмотрение докладов, полученных из всех шести регионов ВОЗ, и предусматривал проведение обзора и обобщения документов высокого уровня и докладов по тематическим исследованиям на страновом уровне. **Онлайновый опрос государств-членов** был проведен на шести официальных языках Организации на электронной платформе ВОЗ, обеспечивающей безопасный доступ. Девяносто четыре государства-члена представили координаторов, и было получено 50 ответов[2].

8. Общий процесс и методологический подход опирались на принципы, изложенные в *практическом руководстве ВОЗ по проведению оценки*[3], а также на *нормы, стандарты и этические принципы оценок*[4] Группы Организации Объединенных Наций по оценке.

---

[1] Политическая декларация заседания высокого уровня по вопросу о всеобщем охвате услугами здравоохранения: «Всеобщий охват услугами здравоохранения: совместные усилия по построению более здорового мира» (https://undocs.org/ru/A/RES/74/2, по состоянию на 28 октября 2019 г.).

[2] Ответы были получены от 49 государств-членов и одной территории.

[3] WHO evaluation practice handbook. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/96311/9789241548687_eng.pdf;jsessionid=B9451D6A553A070BADE75ED7E874F623?sequence=1, по состоянию на 29 октября 2019 г.).

[4] Нормы и стандарты оценок. Нью-Йорк: Группа Организации Объединенных Наций по оценке; 2016 г. (http://www.unevaluation.org/document/detail/1914) и UNEG Ethical Guidelines for Evaluation, United Nations Evaluation Group Foundation Document (UNEG/FN/ETH(2008); http://www.unevaluation.org/document/detail/102) (оба по состоянию на 29 октября 2019 г.).

В обзоре также учитывались стратегии сквозных оценок ВОЗ в отношении гендерного равенства, справедливости, уязвимых групп населения и прав человека, а также, насколько это возможно, дезагрегированные данные и результаты анализа. Данные, полученные с помощью онлайнового опроса и анализа документации, подвергались перекрестной проверке, проверялись и подтверждались в целях обеспечения их точности и согласованности.

Основные результаты

9. Основные результаты, полученные с помощью анализа документации и онлайнового опроса, приводятся в рамках четырех вопросов по оценке:

(a) С какими благоприятствующими факторами и проблемами приходилось сталкиваться при разработке и осуществлении подходов в области первичной медико-санитарной помощи в странах за последние 40 лет?

Основными **благоприятствующими факторами** при разработке и осуществлении подходов в области первичной медико-санитарной помощи за последние 40 лет, упомянутыми в обзоре, являются:

(i) *Политическая воля и надлежащее управление*. Участники опроса особо отметили важную роль, которую играют работники министерств, политические и другие ведущие деятели, имеющие желание и возможность отстаивать, законодательно поддерживать и осуществлять реформы в области здравоохранения, способствующие развитию первичной медико-санитарной помощи. В то же время было отмечено, что закреплению достигнутых успехов вне избирательных циклов могут способствовать официальные организационные механизмы, такие как министерские советы, создаваемые в целях осуществления надзора за оказанием первичной медико-санитарной помощи.

(ii) *Содействие проведению реформ в области здравоохранения*. Реформы, направленные на переориентацию систем здравоохранения на первичную медико-санитарную помощь, требуют времени и нередко набирают силу только после постепенных преобразований на протяжении десятилетий. Такие преобразования включают различные аспекты систем здравоохранения, такие как законодательство, касающееся всеобщего охвата услугами здравоохранения, увеличение объемов финансирования и объединение финансовых рисков, инициативы, направленные на обеспечение справедливости, информационные системы здравоохранения и другие области использования технологий.

(iii) *Укрепление систем здравоохранения в целях развития первичной медико-санитарной помощи.* Эта широкая область включает обеспечение участия местных сообществ и межсекторальное взаимодействие.

(iv) *Расширение доступа к основным программным инициативам.* К ним относятся инициативы в таких областях, как охрана здоровья матери и ребенка, питание, иммунизация, оказание помощи и лечение инфекционных и

неинфекционных заболеваний, а также другие основные элементы систем первичной медико-санитарной помощи.

(v) *Партнерства.* К ним относится взаимодействие с гражданским обществом, неправительственными организациями, местными организациями и структурами частного сектора.

(vi) *Организационное руководство.* Это включает преобразования в области организационного руководства здравоохранением, включая развитие семейной медицины и/или создание многопрофильных бригад, а также принятие общенациональной программы скрининговых обследований или мер профилактики.

Многие из выявленных в ходе обзора **основных проблем** прямо противоположны описанным выше благоприятствующим факторам. К числу других проблем относятся следующие:

(i) *Кадровые ресурсы здравоохранения*. К числу основных проблем по результатам как онлайнового опроса, так и анализа документации были отнесены кадровые ресурсы, в частности, распределение работников здравоохранения (различия между городом и сельской местностью) внутри стран, а также практика международного найма персонала здравоохранения и явление «утечки мозгов». Были также отмечены высокая текучесть кадров (в результате выбытия сотрудников) и отсутствие стимулов, побуждающих работников здравоохранения к повышению своей профессиональной квалификации как для продвижения по службе, так и для поддержания требуемых навыков и умений. Проблема удержания кадров надлежащей квалификации стоит особенно остро в отдаленных и недостаточно обслуживаемых районах.

(ii) *Ограниченные финансовые ресурсы*. Это может быть связано с ухудшением экономической ситуации или изменением политической конъюнктуры, либо с неэффективным распределением финансирования в результате неоправданной ориентации на вторичную и третичную помощь (которые требуют больших затрат). Первичная медико-санитарная помощь нередко борется за привлечение достаточного объема финансовых средств в условиях конкуренции с потребностями вторичной и третичной помощи. Сокращение государственного финансирования на нужды здравоохранения, равно как и взимание сборов с пациентов и повышение платы за счет собственных средств, оказывают отрицательное воздействие на уязвимые группы населения.

(iii) *Неадекватная нормативная база.* В качестве значительной проблемы была отмечена слабая координация мер политики в разных секторах, а также пробелы в некоторых мерах политики, касающихся первичной медико-санитарной помощи. Результаты опроса указывают на то, что одной из проблем для развития и внедрения систем первичной медико-санитарной помощи является отсутствие четкой стратегической программы. В качестве конкретных примеров таких проблем упоминались слабая координация мер политики в рамках

правительственных структур, а также слабая координация мер политики между правительством и другими заинтересованными сторонами. Некоторые респонденты также отмечали недостатки законодательства в отношении первичной медико-санитарной помощи в своих странах.

(iv) *Низкое качество услуг здравоохранения.* Своевременный доступ к высококачественным услугам здравоохранения отмечался в качестве одной из проблем даже в тех случаях, когда всеобщий и всесторонний охват достигнут или может быть реально достигнут. Результаты анализа документации указывают на хроническую нехватку квалифицированных кадров, оборудования и материалов в сочетании с отсутствием базовых стандартов предоставления медицинской помощи или слабым контролем за их соблюдением в тех случаях, когда такие стандарты имеются, что еще более усугубляет неравенство в доступе к качественной медицинской помощи.

(v) *Информационные системы здравоохранения.* Медико-санитарная информация имеет важнейшее значение для понимания потребностей населения в услугах здравоохранения, для осуществления мониторинга и для научно обоснованного планирования и принятия решений при разработке программ. Принятие решений на основе фактических данных нередко затрудняется наличием проблем, вызванных низким качеством данных, ограниченностью имеющихся данных или их недостаточным использованием. Отсутствие операционной совместимости информационных систем в разных странах приводит к тому, что разные структуры осуществляют сбор информации (нередко дублируя ее), которая не может быть совместно использована национальными учреждениями.

(vi) *Проблемы в области неравенств в отношении здоровья и барьеров к доступу, связанные с конкретными условиями.* Такие проблемы затрагивают уязвимые группы населения, к которым относятся женщины, лица с низким социально-экономическим статусом, сельское население, беженцы и внутренне перемещенные лица, этнические меньшинства и другие маргинализированные группы населения.

(b) Как первичная медико-санитарная помощь и связанные с ней инновации способствовали улучшению показателей здравоохранения, обеспечению справедливости, межсекторальному сотрудничеству и повышению эффективности?

(i) *Улучшение показателей здравоохранения.* Участники опроса отметили, что одним из основных достижений в области внедрения систем первичной медико-санитарной помощи является улучшение показателей здоровья населения в их странах, например, успехи в области охраны здоровья матери и ребенка, снижение заболеваемости инфекционными болезнями, высокие показатели охвата иммунизацией и борьбы с болезнями, предупреждаемыми с помощью вакцин, а также увеличение ожидаемой продолжительности жизни. Меньшее число респондентов упомянули сокращение факторов риска неинфекционных заболеваний, таких как употребление табака и алкоголя.

(ii) *Достижения в области обеспечения справедливости.* В отношении обеспечения справедливости, прав человека и потребностей уязвимых групп населения разработаны меры политики и стратегии, которые способствуют продвижению глобального сообщества здравоохранения к достижению целей, сформулированных в Алма-Атинской и Астанинской декларациях, а также Целей тысячелетия в области развития и Целей в области устойчивого развития. Эти достижения включали обеспечение справедливости в географическом доступе к услугам (например, между населением в городской и сельской/отдаленной местности) и улучшение показателей обеспечения справедливости в разных социально-экономических группах в ряде стран.

(iii) *Делегирование полномочий на принятие решений и усиление подотчетности.* Делегирование полномочий на принятие решений и усиление подотчетности на субнациональных (например, муниципальном или региональном) уровнях государственного управления позволяет осуществить интеграцию медицинской и социальной помощи, усилить координацию предоставления услуг со службами вторичной медицинской помощи и расширить применение профилактических мер. Реформы здравоохранения в некоторых странах с децентрализованными системами здравоохранения (с регионального до местного уровня) позволили переориентировать систему первичной медико-санитарной помощи на оказание помощи семьям и сообществам.

(iv) *Расширение прав и возможностей отдельных лиц и сообществ*. Благодаря повышению уровня образования, укреплению здоровья и средств коммуникации отдельные лица, семьи и сообщества учатся брать на себя ответственность за собственное здоровье. Многие страны разрешают пациентам выбирать своего семейного врача. Предоставление услуг конкретным группам населения, таким как беженцы, престарелые люди или люди с инвалидностью, обеспечивает доступ к услугам здравоохранения, а также соблюдение принципа справедливости в отношении здоровья.

(v) *Инновации в целях повышения эффективности первичной медико-санитарной помощи и предоставления услуг.* Такие инициативы, как государственные программы медицинского страхования и другие механизмы финансирования, способствовали устранению социально-экономических неравенств и обеспечили большую доступность медицинской помощи. Другие инновации, такие как системы оплаты с учетом эффективности деятельности, способствовали совершенствованию системы первичной медико-санитарной помощи в некоторых странах, а использование систем электронного здравоохранения позволило расширить сетевое взаимодействие и обмен информацией между медицинскими работниками разного профиля и повысить качество медицинской помощи.

(vi) *Прогресс в области информационных и коммуникационных технологий*. Эта область включает достижения в области телекоммуникаций, Интернета, использования электронных медицинских карт и разработки приложений электронного здравоохранения (телемедицина, приложения для мобильных

устройств, электронные направления). Мобильные приложения и телемедицина во многих случаях сделали работу в отдаленных районах, где проживает большое число уязвимых, малоимущих групп населения, более привлекательной для работников здравоохранения. Технологические ресурсы были использованы для усиления роли медицинского персонала, а также для обучения и повышения квалификации в целях подготовки работников здравоохранения, располагающих необходимыми знаниями и умениями для эффективного решения существующих и будущих проблем в области здравоохранения.

(c) Какие межсекторальные подходы использовались в области первичной медико-санитарной помощи?

(i) *Подход к охране здоровья с участием всего общества.* Принимая во внимание, что первичная медико-санитарная помощь обеспечивает подход к охране здоровья с участием всего общества, важным фактором прогресса в этой области являются характер и масштабы межсекторального сотрудничества. В ходе анализа документации было выявлено большое разнообразие межсекторальных подходов, которые были разработаны и внедрены после 1978 г. – от межсекторального планирования и внедрения межсекторальных инициатив в сельской местности до их осуществления на национальном уровне.

(ii) *Подход, учитывающий интересы здоровья во всех направлениях политики.* Несколько участников опроса отметили использование подходов, учитывающих интересы здоровья во всех направлениях политики, которые побуждали правительственные ведомства оценивать их воздействие на показатели здоровья и принимать их во внимание при разработке политики и законодательства.

(iii) *Межведомственное (горизонтальное) сотрудничество и координация.* Имеется множество примеров сотрудничества между различными министерствами (помимо министерств здравоохранения), например, сотрудничества между министерствами здравоохранения, образования и сельского хозяйства в рамках программ в области продовольствия и питания в школах. Секторы здравоохранения и образования сотрудничают также для обеспечения того, чтобы программы укрепления здоровья в школах предусматривали требования в отношении проведения соответствующей возрасту иммунизации детей до поступления в школу. Имеются другие примеры межсекторальных действий по широкому кругу вопросов, включая обеспечение готовности к бедствиям и принятие ответных мер, гигиену окружающей среды, безопасность дорожного движения, водоснабжение и санитарию, продовольственную безопасность, обеспечение общенациональной готовности к пандемии и меры борьбы с неинфекционными заболеваниями.

(iv) *Межправительственное (вертикальное) сотрудничество и координация.* Могут происходить между разными уровнями государственной власти (например, местными, региональными и федеральными).

(v) *Сотрудничество и координация между правительством и негосударственными структурами.* Включает сотрудничество и координацию между государственным и частным секторами.

(vi) *Уровень местного сообщества.* Несколько стран намерены повысить качество социальных и медицинских услуг путем объединения учреждений сектора здравоохранения с организациями, предоставляющими другие услуги в области социального обеспечения, в единую структуру в целях обеспечения более эффективной координации финансирования и предоставления этих услуг. По мнению некоторых респондентов, этот подход открывает большие потенциальные возможности для усиления координации и интеграции этих услуг, в том числе для особенно уязвимых групп населения, таких как пожилые люди, люди с психическими расстройствами и люди, злоупотребляющие алкоголем или наркотиками.

(vii) *Сотрудничество в рамках сектора здравоохранения.* Анализ документации показал, что правительства также поддерживают партнерства по оказанию комплексной помощи между представителями добровольных и общественных организаций и пользователями услуг в рамках сетей сотрудничества в целях использования инновационных подходов к удовлетворению потребностей местных сообществ. Межсекторальная координация между учреждениями сектора здравоохранения предусматривает более тесное сотрудничество между государственным и частным секторами, взаимодействие между врачами общей практики, системой семейной медицины, лабораториями, поставщиками медицинского оборудования и лекарственных средств, а также укрепление систем направления к специалистам (вертикальная координация между учреждениями первичной, вторичной и третичной помощи).

(d) Какой накопленный опыт и инновационные решения по результатам работы в разных технических областях и в области развития на страновом и региональном уровнях могут быть адаптированы и совместно использованы в целях поддержки и расширения будущей деятельности по обеспечению всеобщего охвата услугами здравоохранения и предоставления первичной медико-санитарной помощи?

(i) *Политическая воля, надлежащее управление и лидерство*. Они необходимы для достижения успеха в развитии первичной медико-санитарной помощи, в том числе путем принятия финансовых обязательств по финансированию первичной медико-санитарной помощи. Надлежащее управление считается основой для достижения целей в области первичной медико-санитарной помощи, обеспечивая, в целом, наличие согласованных мер политики и стратегий для укрепления здоровья и повышения уровня благополучия населения, ориентированных на потребности людей.

(ii) *Первичная медико-санитарная помощь способствует эффективному использованию финансовых ресурсов в интересах здоровья.* Первичная помощь в рамках первичной медико-санитарной помощи выполняет защитную функцию, препятствуя чрезмерному использованию специализированной помощи,

предоставляемой службами вторичной и третичной помощи, и способствуя снижению затрат. Эта защитная функция зависит от качества работы и квалификации персонала служб первичной медико-санитарной помощи, а также целенаправленных мер политики, функциональных систем направления к специалистам и нормативной базы, которые необходимы для снижения расходов систем здравоохранения и пациентов на медицинскую помощь. Важное значение для государств-членов имеет усиление подотчетности и транспарентности в отношении использования финансовых средств, равно как и предсказуемое и достаточное финансирование систем первичной медико-санитарной помощи. Системы медицинского страхования и инновационные частно-государственные партнерства также могут способствовать улучшению показателей здоровья.

(iii) *Для успешного внедрения систем первичной медико-санитарной помощи необходимы высококвалифицированные кадры здравоохранения.* Эффективная система первичной медико-санитарной помощи нуждается в наличии квалифицированных работников здравоохранения и многопрофильных бригад. Подготовка кадровых ресурсов здравоохранения соответствующей численности и квалификации зависит от качества медицинского образования и обучения, уровня оплаты труда и нормативной базы. Обеспечение справедливости в отношении доступа и качества помощи зависит от наличия кадров здравоохранения достаточной численности, располагающих достаточными стимулами (финансовыми и иными) для работы с населением в более отдаленных и недостаточно обслуживаемых районах.

(iv) *Участие местного населения и взаимодействие пользователей способствуют расширению доступа и повышению качества помощи.* Всестороннее участие имеет важное значение для того, чтобы системы здравоохранения оставались ориентированными на потребности людей, а методы оказания медицинской помощи соответствовали требованиям местных сообществ. Взаимодействие пользователей услуг первичной медико-санитарной помощи с местными руководителями имеет важное значение для эффективного функционирования систем первичной медико-санитарной помощи. Важно также обеспечить наличие в системах здравоохранения адекватной нормативной базы и механизмов подотчетности.

(v) *Научно обоснованные действия требуют совершенствования механизмов сбора и использования данных.* Результаты анализа документации показывают, что подходы, основанные на информации и фактических данных, имеют важное значение для эффективного и действенного внедрения систем первичной медико-санитарной помощи. Для того чтобы правительство и работники сектора здравоохранения принимали обоснованные решения, необходимо обеспечить сбор и использование информации и фактических данных. В то же время возможности правительственных органов по сбору, анализу и использованию данных нередко являются весьма ограниченными.

Выводы и дальнейшие действия

Глобальный прогресс во внедрении систем первичной медико-санитарной помощи

10. Как отметили государства-члены в своей положительной самооценке прогресса, достигнутого в их странах с момента принятия Алма-Атинской декларации, за последние 40 лет мир стал свидетелем целого ряда значительных успехов во внедрении систем первичной медико-санитарной помощи. В большинстве стран многие показатели здравоохранения продолжали улучшаться, и в целом в настоящее время состояние здоровья людей стало лучше, чем 40 лет назад, и возросла продолжительность их жизни. Соответственно, многие государства-члены обратили особое внимание на итоговые результаты, связанные с улучшением состояния здоровья населения и показателей справедливости в отношении здоровья в качестве основных достижений за последние четыре десятилетия. Как было отмечено в обзоре, достижению этих результатов способствовали различные аспекты внедрения систем первичной медико-санитарной помощи. Наиболее значительный прогресс был достигнут в отношении охвата базовым медицинским обслуживанием, охвата иммунизацией, а также ликвидации целого ряда инфекционных болезней и борьбы с ними. Во многих странах эти достижения были реализованы не только на общепопуляционном уровне, но также среди слоев населения, которые традиционно являлись маргинализованными или особо уязвимыми по географическим и социально-экономическим причинам; при этом эти страны добились существенного прогресса в достижении целей обеспечения справедливости в предоставлении первичной медико-санитарной помощи.

11. В основе этих достижений лежат стратегические преобразования, направленные на интеграцию принципов и целей первичной медико-санитарной помощи в рамках систем здравоохранения этих стран. В ряде стран эти стратегические преобразования привели к целенаправленному и постепенному усовершенствованию отдельных аспектов существующих систем здравоохранения. В других странах такие преобразования привели к более фундаментальному реформированию систем здравоохранения в целях приведения их в соответствие с принципами и целями первичной медико-санитарной помощи по предоставлению справедливой, эффективной и действенной медицинской помощи с учетом потребностей людей. Во многих странах эти стратегические меры привели к увеличению расходов на системы здравоохранения, которые, в частности, были ориентированы на предоставление первичной медико-санитарной помощи.

12. Одним из основных элементов этих реформ является расширение межсекторального сотрудничества. Такие межсекторальные подходы используются, в основном, в отношении сотрудничества между министерствами здравоохранения и различными другими министерствами, чье взаимодействие способствует достижению целей сектора здравоохранения. Важно отметить, что эти реформы предусматривают также другие уровни сотрудничества: расширение сотрудничества между работниками здравоохранения различной специализации и разного профиля; сотрудничество между разными секторами общества (включая организации гражданского общества, неправительственные организации и общественные организации) и, в более общем плане, между правительственными и негосударственными структурами; а также

сотрудничество между отдельными уровнями правительства и государственной власти (включая органы здравоохранения на национальном, региональном и местном уровнях). Такой общегосударственный подход, предусматривающий участие всего общества и учитывающий интересы здоровья во всех направлениях политики, сам по себе во многих странах является достижением.

13. Результаты обзора подчеркивают, что внедрение систем первичной медико-санитарной помощи не являлось простой формальностью, а осуществлялось с использованием самых разнообразных инноваций, которые сами по себе представляют субкатегорию достижений. В последние два десятилетия 40-летнего периода после принятия Алма-Атинской декларации был достигнут большой прогресс в области информационных и коммуникационных технологий, которые позволили осуществить революционные преобразования в предоставлении первичной медико-санитарной помощи. В менее технологичных областях также использовались инновационные решения. Например, некоторые их них были направлены на улучшение системы предоставления услуг или усиление руководства системой первичной медико-санитарной помощи; другие представляли собой структурные и административные инновации, призванные делегировать полномочия по принятию решений властным структурам более низкого уровня, приближенным к группам населения, которые они обслуживают; некоторые инновации касались инициатив, направленных на расширение прав и возможностей местных сообществ и отдельных лиц с тем, чтобы они играли более активную роль в отношении собственного здоровья. Целый ряд других инноваций касался расширения ресурсной базы здравоохранения с точки зрения как финансовых средств, так и кадрового обеспечения.

14. Хотя за последние 40 лет были достигнуты большие успехи в улучшении показателей здравоохранения, остается неясным, в какой степени эти достижения могут быть непосредственно связаны с внедрением систем первичной медико-санитарной помощи. Такой пробел в информации не вызывает удивления, поскольку в ходе обсуждений, касавшихся Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. и Целей в области устойчивого развития, была отмечена нехватка данных на уровне результатов во всем мире. Тем не менее многие государства-члены утверждают, что внедрение систем первичной медико-санитарной помощи действительно способствовало общему улучшению показателей здравоохранения, а также обеспечению справедливости.

15. Несмотря на значительные успехи в предоставлении первичной медико-санитарной помощи во всем мире, результаты обзора показывают, что такой прогресс носит неравномерный характер как между странами, так и в рамках стран, что создает постоянные трудности в соблюдении принципа справедливости. Помимо этой важнейшей проблемы, в ходе обзора был выявлен целый ряд областей, в которых усилия по достижению целей первичной медико-санитарной помощи потерпели неудачу. Хотя в некоторых странах было получено множество важных положительных результатов, давно существующая проблема кадровых ресурсов здравоохранения сохраняет свою значимость, затрудняя усилия по внедрению систем первичной медико-санитарной помощи в большинстве стран. Аналогичным образом, хотя в большинстве стран, находящихся на всех этапах развития, финансирование первичной медико-санитарной

помощи увеличилось, объемы финансовых средств, выделяемых на нужды здравоохранения, остаются недостаточными, особенно с учетом увеличения спроса на услуги здравоохранения, роста затрат на медицинскую помощь и экономической нестабильности. Несмотря на значительный прогресс в области информационных и коммуникационных технологий, эти достижения не всегда эффективно и широко используются для того, чтобы оказать положительное воздействие на показатели здоровья и благополучия; во многих странах имеющиеся данные имеют низкое качество, носят ограниченный характер либо вовсе отсутствуют или используются недостаточно эффективно.

16. Другая широкая категория проблем касается множества аспектов качества помощи. В самом широком плане многие государства-члены в качестве основных проблем в своих странах отмечали низкое качество услуг, длинные очереди и трудности в получении направления на прием к врачу. В тех государствах-членах, где врачи первичного звена выполняют функцию диспетчера в целях сокращения случаев неоправданного предоставления дорогостоящей вторичной или стационарной медицинской помощи, процедуры выдачи направлений не всегда выполняются желаемым образом, в результате чего медицинская помощь приобретает фрагментарный или ошибочный характер. В других странах, особенно затронутых военными конфликтами, значительным фактором, отрицательно влияющим на качество помощи, является неудовлетворительная структура здравоохранения.

17. На самом высоком уровне одна из важнейших проблем, отмеченных в обзоре, касается самого предназначения Алма-Атинской и Астанинской деклараций: политической воли правительств к внедрению систем первичной медико-санитарной помощи, включая связанные с этим вопросы стратегического руководства. Многие государства-члены отмечают, что они продолжают сталкиваться с трудностями в проявлении и поддержании этой политической воли. В других странах политическая воля может присутствовать, однако политическая ситуация не способствует проведению серьезных преобразований, необходимых для внедрения систем первичной медико-санитарной помощи: политическая повестка дня, построение политики, согласованность политики и стратегическое руководство носят неадекватный характер, равно как и нормативная база для развития первичной медико-санитарной помощи. В некоторых странах взаимодействие правительства с негосударственными структурами осуществлялось слабо. В других странах усилия по развитию первичной медико-санитарной помощи значительно осложнялись политической нестабильностью или конфликтами.

18. В ходе обзора был выявлен широкий круг нередко взаимосвязанных факторов, которые помогают объяснить многие достижения, а также проблемы, возникавшие на протяжении последних 40 лет. Например, политическая воля является одним из основных факторов, неизменно упоминавшихся в числе содействующих внедрению систем первичной медико-санитарной помощи, в то время как ее отсутствие во многих государствах-членах считается одной из основных проблем. В то же время отмечается, что меры финансовой защиты оказывают положительное влияние на предоставление первичной медико-санитарной помощи, являясь также одним из достижений во многих странах. К другим основным факторам относятся: активная деятельность организаций

гражданского общества и степень участия других негосударственных структур в данной стране; наличие и эффективное распределение квалифицированных кадров здравоохранения; уровень межсекторальной координации, поддерживаемой донорами; и степень использования подходов, основанных на информации и фактических данных, для внедрения систем первичной медико-санитарной помощи.

19. В ходе обзора был выявлен также намного более широкий круг контекстуальных факторов, влияющих на организацию первичной медико-санитарной помощи во всем мире. Стремительная глобализация мировой экономики оказывает многоплановое воздействие на первичную медико-санитарную помощь как положительным, так и менее положительным образом. Общие демографические тенденции приводят к тому, что пожилые люди живут дольше, но не всегда здоровой жизнью, а воспроизводства населения за счет экономически активных молодых возрастных групп в качестве адекватного подспорья в условиях роста продолжительности жизни нередко не происходит. Еще одной важной тенденцией на глобальном уровне, которая оказывает влияние на развитие первичной медико-санитарной помощи, является рост бремени неинфекционных заболеваний, травм и инвалидности. Кроме того, внутригосударственные конфликты ложатся тяжелым бременем как на страны, затронутые такими конфликтами, так и на другие страны.

Дальнейшие действия

20. Астанинская декларация обеспечивает ясное перспективное видение в отношении первичной медико-санитарной помощи, дальнейшее развитие которой тесно связано с Повесткой дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. и Целями в области устойчивого развития. Недавно взаимосвязь между первичной медико-санитарной помощью, всеобщим охватом услугами здравоохранения и Целями в области устойчивого развития была подтверждена государствами-членами на заседании высокого уровня Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по вопросу о всеобщем охвате услугами здравоохранения 23 сентября 2019 г. Согласно политической декларации, принятой по итогам этого заседания, первичная медико-санитарная помощь является «краеугольным камнем устойчивой системы здравоохранения, обеспечивающей всеобщий охват услугами и достижение связанных с охраной здоровья Целей в области устойчивого развития»[1]. Таким образом, результаты проведенного обзора могут служить информационной основой для дальнейших действий.

21. Несмотря на обширный опыт, накопленный во всем мире за последние 40 лет, многие уроки, извлеченные по результатам этой деятельности, могут быть сведены к гораздо меньшему числу практических ориентиров для дальнейших действий. Они сформулированы в виде выводов, представленных ниже:

[1] Политическая декларация заседания высокого уровня по вопросу о всеобщем охвате услугами здравоохранения: «Всеобщий охват услугами здравоохранения: совместные усилия по построению более здорового мира» (https://undocs.org/ru/A/RES/74/2, по состоянию на 28 октября 2019 г.).

- **Воплощение политической воли в действия является необходимым условием для реализации принципов и задач первичной медико-санитарной помощи.** В Алма-Атинской и Астанинской декларациях международное сообщество взяло на себя обязательство предпринять действия в отношении первичной медико-санитарной помощи. Как показывают результаты проведенного обзора, некоторые страны воплотили это обязательство в разнообразные конкретные меры политики, стратегии и нормативные положения, а также предоставили финансовые ресурсы, обеспечивающие выполнение этих амбициозных обязательств. Другие страны добились меньшего прогресса в воплощении их обязательств в конкретные действия по разным причинам. Одним из выводов, вытекающих из результатов проведенного обзора, является то, что для эффективной реализации задач и принципов первичной медико-санитарной помощи обязательства нуждаются в том, чтобы политическая воля была воплощена в конкретные и последовательные стратегические действий и ресурсы.

- **Успешное внедрение систем первичной медико-санитарной помощи требует широкого партнерства.** В Астанинской декларации, в частности, содержится призыв к правительствам, а также к системе Организации Объединенных Наций (ВОЗ, ЮНИСЕФ и другим международным организациям) и негосударственным структурам сотрудничать на основе партнерства в достижении целей первичной медико-санитарной помощи. Однако объем и прочность такого партнерства варьируются от одной страны к другой.

- **Межсекторальное сотрудничество, которое является одним из основных компонентов системы первичной медико-санитарной помощи, требует согласованных усилий.** Этот обзор подчеркивает, что межсекторальное сотрудничество носит многогранный характер, выходящий за рамки межведомственного сотрудничества между сектором здравоохранения и другими секторами. Межсекторальное сотрудничество может поддерживаться между различными областями специализации в области здравоохранения и внутри них, между различными секторами общества (партнерские отношения на широкой основе, как указано выше) и между различными уровнями правительства и органами государственного управления. Результаты обзора указывают на то, что укрепление различных форм сотрудничества является сложной задачей и требует воплощения приверженности в конкретные действия, как описано выше.

- **Обеспечение справедливости остается нерешенной проблемой.** Обязательства по преодолению неравенств как внутри стран, так и между ними закреплены как в Алма-Атинской, так и в Астанинской декларациях, однако эта проблема сохраняется. Многие страны добились больших успехов в своих усилиях, направленных на то, чтобы воплотить обязательства в области охраны здоровья как одного из прав человека в практические действия в целях обеспечения справедливости в границах своих стран. Многие другие страны добились менее значительных успехов. Неравенства между странами также

сохраняются, при этом у некоторых стран не хватает ресурсов или потенциала, в то время как другие пытаются заручиться политической поддержкой для соблюдения принципа справедливости в своих странах.

- **Для достижения целей первичной медико-санитарной помощи необходима достаточно большая численность работников здравоохранения соответствующей квалификации**. В данном обзоре неизменно подчеркивается высокая значимость кадровых ресурсов здравоохранения и, в частности, привлечения и удержания достаточно большого числа работников здравоохранения соответствующей квалификации. Следует отметить, что, как показывает опыт многих стран, для достижения целей первичной медико-санитарной помощи крайне важно, чтобы работники здравоохранения обучались не только техническим аспектам соответствующих специальностей, но также были знакомы с принципами и целями первичной медико-санитарной помощи.

- **Различные аспекты первичной медико-санитарной помощи могут нуждаться в соответствующих стимулах.** Многочисленные примеры в данном обзоре показывают, что цели первичной медико-санитарной помощи не всегда должны диктоваться свыше, а могут быть предложены через различные механизмы стимулирования. Некоторыми примерами могут служить использование заработной платы как стимула для привлечения и удержания кадров здравоохранения, финансовые стимулы для поощрения достижения желаемых результатов в медицинской практике, стимулы для поощрения межсекторального сотрудничества и стимулы для поощрения инноваций.

- **Важнейшее значение для развития и поддержания функционирования систем первичной медико-санитарной помощи в будущем будут иметь постоянные инновации.** Хотя в обзоре не предполагалось, что инновации по своей сути всегда являются позитивными или всегда приносят исключительно положительные результаты, в обзоре представлены многочисленные инновации, которые помогли странам в использовании возможностей и решении задач в области внедрения первичной медико-санитарной помощи. Эти инновации не ограничиваются только технологиями, но и влекут за собой творческие решения для совершенствования процессов, пересмотра методов финансирования здравоохранения, реорганизации государственного управления и реформы всей системы здравоохранения с тем, чтобы они были более социально ориентированными, экономически эффективными и справедливыми. С учетом сохраняющихся проблемы в области внедрения систем первичной медико-санитарной помощи, в сочетании с важными глобальными тенденциями, описанными в этом обзоре (как, например, текущая глобализация, старение населения, рост бремени неинфекционных заболеваний для систем здравоохранения, а также вооруженные конфликты в некоторых странах), потребность в использовании инновационных подходов к решению проблем, как представляется, будет возрастать.

- **Достижению успеха во внедрении систем первичной медико-санитарной помощи в наибольшей мере могут способствовать научно обоснованные стратегии.** Как показывают результаты обзора, некоторые страны активно стремятся использовать соответствующие фактические данные в процессе принятия решений в отношении первичной медико-санитарной помощи, в то время как другие применяют менее системный подход. Используя существующие источники знаний, информации, данных и опыта, страны могут разрабатывать обоснованные меры политики, программы, стратегии, нормативные рамки, механизмы стимулирования и инновации с учетом подходов, продемонстрировавших свою эффективность (или неэффективность), а не применять менее научно обоснованные подходы, которые могут демонстрировать менее определенные результаты. Быстрое развитие информационных и коммуникационных технологий в странах, находящихся на всех уровнях развития, способствует накоплению и обмену знаниями, что может иметь важное значение для обеспечения доступа и использования фактических данных.

22. По результатам этого общего обзора достижений, проблем, благоприятствующих факторов и извлеченных уроков можно определить ряд областей для будущих действий в целях внедрения первичной медико-санитарной помощи. На основе ответов, полученных от государств-членов в ходе опроса, эти рекомендации могут быть классифицированы следующим образом:

Действия правительств

(1) Усиление или дальнейшее усиление приверженности развитию первичной медико-санитарной помощи путем воплощения этой приверженности в конкретные действия (такие как меры политики, стратегии, нормативно-правовая база, усиление стратегического руководства и более широкие реформы) при возможности с помощью подходов, основанных на фактических данных.

(2) Подкрепление политической воли соответствующими финансовыми обязательствами – как с точки зрения общего объема финансирования первичной медико-санитарной помощи, так и конкретных мер – в целях усиления финансовой защиты населения.

(3) Принятие мер для обеспечения того, чтобы кадровые ресурсы здравоохранения являлись адекватными по численности и по качеству, при этом «качество» основывается на принципах и целях первичной медико-санитарной помощи, а также на технических знаниях и опыте.

(4) Повышение эффективности в целях более рационального расходования средств, выделяемых на цели здравоохранения, за счет оптимизации системы предоставления услуг, борьбы с расточительным использованием средств и отказа от услуг, положительный эффект которых не доказан.

(5) Укрепление межсекторального сотрудничества в рамках правительства путем интеграции в меры политики, стратегии, а также в механизмы управления и стимулирования общегосударственных подходов, учитывающих интересы здоровья во всех направлениях политики.

(6) Усиление общегосударственных подходов путем улучшения взаимодействия с неправительственными организациями, такими как местные сообщества, частный сектор и другие негосударственные структуры.

(7) Укрепление служб первичной медико-санитарной помощи путем дальнейшего развития и внедрения цифровых технологий, разработки системы стимулов для поставщиков услуг, создания организаций и установления взаимоотношений, обеспечивающих предоставление более комплексных услуг и многопрофильное взаимодействие, более эффективного регулирования на стыке сфер деятельности служб первичной и вторичной (специализированной) помощи (путем усиления механизмов распределения и направления к специалистам службами первичной помощи), а также с помощью кадровых ресурсов здравоохранения надлежащей квалификации.

(8) Развитие и поддержка инноваций в области первичной медико-санитарной помощи, а также подходов, основанных на фактических данных.

Действия ВОЗ и других участников деятельности[1]

23. Респондентами были предложены следующие действия ВОЗ в сотрудничестве с соответствующими учреждениями Организации Объединенных Наций, негосударственными структурами и другими партнерами:

(1) ВОЗ должна продолжать осуществлять свою мобилизующую роль для расширения межсекторального сотрудничества в различных формах, описанных в обзоре, как на глобальном уровне, так и в отдельных странах в поддержку усилий правительства.

(2) В рамках своих нормативной функции ВОЗ должна продолжать играть ведущую роль в разработке стандартов и мер политики, а также оперативных руководящих принципов для дальнейшего развития первичной медико-санитарной помощи во исполнение обязательств, изложенных в Астанинской декларации и, таким образом, в Повестке дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. и Целях в области устойчивого развития.

(3) В своей деятельности в области технического сотрудничества ВОЗ должна обеспечить соответствие своих действий по наращиванию потенциала требованиям конкретных областей деятельности, связанных с первичной медико-санитарной помощью, которые нуждаются в дальнейшей поддержке в ряде стран, что

[1] В рамках опроса государствам-членам предлагалось определить потенциальные области действий ВОЗ и других участников деятельности. Однако подавляющее большинство ответов касалось лишь потенциальной роли ВОЗ в будущем.

включает, например, разработку и реализацию соответствующих стратегий, укрепление систем здравоохранения, использование подходов, учитывающих интересы здоровья во всех направлениях политики, законодательство в области здравоохранения, финансирование здравоохранения, оценку и регулирование использования технологий здравоохранения, кадровые ресурсы здравоохранения, услуги здравоохранения, ориентированные на потребности местного населения, исследования, направленные на повышение эффективности предоставления услуг, а также мониторинг и оценку внедрения систем первичной медико-санитарной помощи путем оказания поддержки проведению добровольных национальных обзоров.

(4) В рамках своей информационно-пропагандистской деятельности ВОЗ следует выявлять и целенаправленно решать конкретные проблемы, связанные с первичной медико-санитарной помощью, в отдельных странах, например, выступая в поддержку увеличения объемов средств на нужды здравоохранения, выявляя конкретные недостатки мер политики, требующие действий, и подчеркивая необходимость расширения международного сотрудничества и мер, направленных на обеспечение справедливости.

(5) В рамках всех этих функций ВОЗ следует усилить свою поддержку мер политики, основанных на фактических данных, например, оказывая содействие в проведении систематических исследований и сборе фактических данных для выработки мер политики в области здравоохранения, а также осуществляя документирование и распространение опыта и передовых методов работы.

= = =