



Укрепление систем здравоохранения

Текущие тенденции и задачи

Доклад Секретариата

ДЕЙСТВОВАТЬ В СООТВЕТСТВИИ С ОЖИДАНИЯМИ

1. За последние несколько лет расширилось понимание того, что бесперебойное и эффективное функционирование систем здравоохранения имеет решающее значение для достижения как национальных, так и международных целей в области здравоохранения¹. К числу недавних подтверждений приверженности государств-членов и международного сообщества относятся:

- новое значение систем здравоохранения в программе помощи таких доноров, как Европейский союз и Соединенные Штаты Америки;
- выводы Целевой группы высокого уровня по инновационному международному финансированию систем здравоохранения²; и
- Глобальная стратегия Генерального секретаря Организации Объединенных Наций по здоровью женщин и детей, содержащая призыв к укреплению потенциала национальных систем здравоохранения для обеспечения справедливых и качественных услуг здравоохранения^{3,4}.

¹ AFR/RC60/7 Health systems strengthening: Improving district health service delivery, and community ownership and participation; WPR/RC61.R2 Western Pacific Regional Strategy for Health Systems Based on the Values of Primary Health Care; EUR/RC60/R5 Решение ключевых задач охраны общественного здоровья и политики здравоохранения в Европе: путь вперед к цели улучшения здоровья жителей Европейского региона ВОЗ; EM/RC57/INF.DOC.4 Progress report on strengthening primary health care-based health systems.

² Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems. More money for health, and more health for the money. Geneva, Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems, 2009.

³ Генеральный секретарь Организации Объединенных Наций Пан Ги Мун. *Глобальная стратегия в отношении здоровья женщин и детей*. Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций, 2010 год.

⁴ См. резолюцию 65/1.

ОБЩИЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПОЛИТИКИ УКРЕПЛЕНИЯ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Направления политики

2. Подход к укреплению систем здравоохранения меняется. Сегодня для решения проблем всего сектора здравоохранения все шире используется "рекомендательно-переговорный" подход. Следствием такого подхода являются поворот в обслуживании в сторону ориентированной на человека первичной медицинской помощи, продвижение к всеобщему охвату и учет вопросов здравоохранения во всех мерах политики. Эти направления политики составляют сердцевину обновления первичной медико-санитарной помощи^{1,2}.

Поворот в медицинском обслуживании в сторону ориентированной на человека первичной помощи

3. Многие государства-члены продолжают прилагать усилия к внедрению и поддержанию моделей комплексного обслуживания, позволяющих обеспечить широкий спектр услуг, начиная содействием укреплению здоровья и кончая паллиативной помощью, которые необходимы для достижения желательных результатов в отношении здоровья и для удовлетворения ожиданий населения. Такие сети опираются на стыковку между различными государственными и частными провайдерами при соответствующей координации и сбалансированности первичной медицинской помощи и других служб, способствующих обеспечению здоровья населения: больниц, специализированных программ, профилактики и содействия, снабжения и логистики, а также, в некоторых моделях, социальных служб.

Продвижение к всеобщему охвату³

4. Во многих странах существует высокий уровень социального консенсуса в отношении требований о справедливом доступе к медицинской помощи и медико-социальной защите. Однако многие люди по-прежнему лишены такого доступа, а прямые платежи из собственных средств за медицинскую помощь и лекарства по-прежнему влекут в некоторых регионах до одной трети новых случаев обнищания в год. Многие государства-члены предпринимают усилия по расширению сетей всесторонней и комплексной медицинской помощи в целях содействия всеобщему доступу. В то же время они часто стремятся расширить масштабы финансовой и социальной защиты, с тем чтобы нуждающиеся в услугах не отказывались обращаться за ними, равно как и не подвергались в результате этого катастрофическим расходам или обнищанию. *В докладе о состоянии здравоохранения в мире, 2010 г.* обращается внимание на значение и осуществимость

¹ Резолюция WHA62.12.

² Резолюция WPR/RC61.R2.

³ Резолюция WHA58.33.

создания систем и учреждений, необходимых для финансирования всеобщего охвата¹. Сегодня во всем мире ширится движение за обеспечение всеобщего охвата медицинской помощью: правительства используют разнообразные модели более справедливого распределения расходов на медицинскую помощь среди населения и на протяжении жизни человека.

Учет вопросов здравоохранения во всех мерах политики

5. С некоторых пор признается воздействие на здравоохранение факторов, не имеющих отношения к госсектору здравоохранения, на что вновь указали выводы Комиссии по социальным детерминантам здоровья². Многими государствами-членами и глобальным сообществом здравоохранения пересматривается соотношение между медицинской помощью и общественным здравоохранением и предпринимаются согласованные усилия по обеспечению того, чтобы здравоохранению отводилось надлежащее место в обсуждении политики в других секторах, в том числе секторах экологии, гендерного равенства и защиты потребителей³. В результате этого дискуссия по вопросам укрепления систем здравоохранения выходит за рамки обеспечения медицинского обслуживания, становясь частью широкой повестки дня в области общественного здравоохранения, и охватывает социальные детерминанты здоровья и взаимодействие между сектором здравоохранения и другими секторами общества⁴.

ТЕКУЩИЕ ТЕНДЕНЦИИ

Соединение страновых усилий с инструментами политики глобального действия

6. Возросшее внимание к укреплению систем здравоохранения в государствах-членах подкрепляется усилиями по совершенствованию инструментов глобальной политики в области здравоохранения. Формирование и развертывание этих инструментов возможны благодаря межучрежденческому сотрудничеству и непосредственному вовлечению

¹ Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2010 г. — Финансирование систем здравоохранения: путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2010 год.

² Комиссия по социальным детерминантам здоровья. Ликвидировать разрыв в течение жизни одного поколения. Соблюдение принципа справедливости в здравоохранении путем воздействия на социальные детерминанты здоровья. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2008 год.

³ "Призыв Найроби к действиям по ликвидации пробелов в осуществлении мер по укреплению здоровья", Седьмая глобальная конференция по укреплению здоровья (Найроби, 26-30 октября 2009 г.); Аделаидское заявление "Учет интересов здоровья во всех направлениях политики: на пути к совместному управлению в интересах здоровья и благополучия", Международное совещание по учету интересов здоровья во всех направлениях политики (Аделаида, Австралия, 12-15 апреля 2010 г.); "Таллиннская хартия: Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния", Европейская министерская конференция ВОЗ по системам здравоохранения: системы здравоохранения, здоровье и благосостояние (Таллинн, 25-27 июня 2008 г.).

⁴ Резолюция EUR/RC60/R5.

государств-членов. Тенденция к расширению межучрежденческого сотрудничества на глобальном уровне способствует увеличению числа инструментов, механизмов и объема информации, что позволяет получить дополнительную отдачу от усилий стран по укреплению систем здравоохранения. Хотя еще многое предстоит сделать, имеются примеры позитивных изменений во всех составных элементах, из которых слагаются системы здравоохранения.

Интегрированные модели обслуживания^{1 2}

7. Складывающаяся модель организации медицинской помощи является моделью "интегрированных сетей обслуживания"³. В рамках адаптирования к условиям плюралистических систем здравоохранения опыта развития окружающих систем здравоохранения⁴ интегрированные сети обслуживания организованы в качестве приближенных к клиенту сетей провайдеров первичной помощи – государственных, частных и смешанных, которые поддерживаются больницами и специализированными службами. Такие сети отвечают за здоровье определенного населения, обеспечивая укрепление здоровья, профилактику, диагностирование, лечение заболеваний, ведение больных, реабилитационную и паллиативную помощь. В них интегрированы программы по конкретным заболеваниям, рискам и группам населения, а также индивидуальные медицинские услуги и службы общественного здравоохранения⁵. Условия организации таких сетей варьируются между странами. Однако общим элементом является растущее осознание в странах с низким, а также высоким уровнями доходов того, что эффективность, устойчивость и способность реагировать на ожидания людей требуют поворота в сторону ориентированной на человека первичной помощи в качестве входа в систему здравоохранения. Страны,двигающиеся в этом направлении, ставят перед собой цель облегчить доступ к эффективной помощи и обеспечить условия для интеграции всестороннего комплекса мер и координации помощи; непрерывности помощи на протяжении жизни и координации помощи, которая ориентирована на индивида, семью и общину и учитывает гендерный, культурный и социальный контекст.

¹ Резолюция AFR/RC60/7.

² Документ EM/RC57/INF.DOC.4 Progress report on strengthening primary health care-based health systems.

³ Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2010 г. — Финансирование систем здравоохранения: путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2010 год.

⁴ Organización Panamericana de la Salud. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas (serie: La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas N.º 4). Washington, DC, PAHO, 2010.

⁵ Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2008 г. – Первичная медико-санитарная помощь (сегодня актуальнее, чем когда-либо). Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2008 год.

Финансирование всеобщего охвата

8. Большая доля населения во всем мире по-прежнему лишена доступа к медицинской помощи, а 150 миллионов человек сталкиваются с катастрофическими расходами и 100 миллионов человек обрекаются на нищету из-за прямых платежей из собственных средств за услуги и лекарства. Требования справедливого доступа и социальной охраны здоровья отражают сегодня широкий и растущий социальный консенсус во многих странах. Решения относительно путей финансирования здравоохранения являются важнейшими элементами обеспечения эффективного доступа. Хотя в течение нескольких лет многие развивающиеся страны будут по-прежнему нуждаться в возросших и более предсказуемых потоках внешнего финансирования, в странах с низким, а также высоким уровнями доходов можно будет мобилизовать больше национальных средств, что позволило бы увеличить степень всеобщности. Тенденция в направлении всеобщего охвата набирает силу. В результате сегодня существует значительно возросшее понимание того, как эти усилия могут быть поддержаны и ускорены. В *Докладе о состоянии здравоохранения в мире, 2010 г.* высказана мысль о том, что мобилизации достаточных средств недостаточно.

Руководствуясь опытом многих стран, авторы доклада отмечают, что страны, наиболее приблизившиеся к обеспечению всеобщего охвата медицинским обслуживанием, установили требование о внесении взносов платежеспособными лицами через налогообложение и/или страховые взносы (субсидируя конкретные группы – как правило неимущих и престарелых). Доклад содержит несколько предложений, в том числе относительно путей увеличения национальных ресурсов для здравоохранения; сокращения финансовых препятствий для доступа и повышения эффективности и действенности использования ресурсов. В нем указывается на необходимость и возможность отойти от прямых платежей из собственных средств и продвигаться в направлении механизмов финансирования, которые снижают финансовые препятствия для медицинской помощи и лучше защищают от финансовых последствий нездоровья. Полученные средства на цели здоровья затем объединяются в общий фонд и используются в сферах риска, распределяя преимущества по всему населению. В качестве заключительного направления деятельности странам следует определить области, в которых можно увеличить инвестиции в здравоохранение из имеющихся денежных средств благодаря росту эффективности и сфокусированности на справедливости.

Кадры для здравоохранения

9. За последние пять лет информация о ситуации с людскими ресурсами для здравоохранения улучшилась, особенно в странах, где людские ресурсы являются крайне ограниченными. Данные из ряда государств-членов свидетельствуют о том, что достаточные и рациональные инвестиции в трудовые ресурсы страны могут принести в краткосрочной–среднесрочной перспективе положительный эффект в плане мобилизации и удержания работников здравоохранения (включая обращение вспять тенденций “миграционного оттока”, то есть миграции работников здравоохранения из страны происхождения), в плане отдачи от кадров здравоохранения (включая амбулаторные службы, безопасное безопасные роды, иммунизации) и результатов в отношении здоровья (включая профилактику передачи ВИЧ от матери ребенку). Однако ясно, что в отсутствие постоянных инвестиций и в случае несоответствия таких инвестиций потребностям

подобные достижения могут оказаться кратковременными. Указанные сдвиги на страновом уровне дополняются попытками улучшить глобальное управление кадрами здравоохранения. В мае 2010 г. был принят Глобальный кодекс ВОЗ по практике международного найма персонала здравоохранения¹, и в настоящее время разрабатываются руководящие принципы мониторинга осуществления Кодекса государствами-членами и другими заинтересованными сторонами. Завершена разработка глобальных рекомендаций в отношении политики расширения доступа к работникам здравоохранения в сельских и отдаленных районах в результате улучшения их удержания. Ведется также работа по разработке глобальных рекомендаций, призванных способствовать повышению качества медицинского, сестринского и акушерского образования и увеличению числа обучающихся. Эти глобальные инструменты сопутствуют активизации национальных усилий в области планирования кадров здравоохранения, в результате которых 45 стран из 57, идентифицированных в качестве находящихся на критическом уровне по плотности работников здравоохранения, разработали на сегодняшний день планы обеспечения людских ресурсов для здравоохранения. Двадцать пять из этих стран также приступили к осуществлению своих планов.

Лекарственные средства

10. Растущее внимание уделяется гармонизации фармацевтической практики. На глобальном уровне имеет место значительный прогресс в направлении использования общих методов закупки всеми основными учреждениями, занимающимися вопросами развития. Кроме того, все учреждения Организации Объединенных Наций, причастные к поддержке программ в области основных лекарственных средств, обеспечивают сегодня общие методические указания, механизмы и рекомендации в рамках Межучрежденческой группы по фармацевтической координации. Конкретными итогами этого являются Межучрежденческие руководящие принципы по безвозмездному предоставлению лекарственных средств и Программа преквалификации (программа Организации Объединенных Наций, управляемая ВОЗ) по приоритетным лекарствам от СПИДа, туберкулеза, малярии и для обеспечения репродуктивного здоровья. В настоящее время Межучрежденческая группа по фармацевтической координации работает над общим форматом Организации Объединенных Наций по национальным параметрам фармацевтического сектора взамен многочисленных различных национальных оценок, осуществляемых ВОЗ, Глобальным фондом для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией и Всемирным банком. ВОЗ ведет активную работу с региональными экономическими сообществами Африки, в том числе с Восточноафриканским сообществом, по повышению стандартов качества, эффективности и безопасности лекарств в странах с помощью регулятивной гармонизации лекарств, обмена информацией и передачи знаний. Персонал национальных органов по регулированию лекарственных средств из более чем 50 стран всех регионов ВОЗ прошел обучение по тематике регистрационных удостоверений, надлежащей производственной практики и наилучшей практики в области контроля качества. Кроме того, как показали недавние результаты,

¹ Резолюция WHA63.16.

полученные на страновом уровне в результате проведения в странах стандартизированных обследований ценообразования и наличия лекарств, существенная экономия средств на закупках государственного сектора не всегда находит выражение в хороших ценах для пациентов, особенно в частном секторе. Кроме того, такая информация подтвердила продолжающееся недоиспользование в частном секторе лекарств-генериков, и страны могли бы сэкономить около 60% от их фармацевтических расходов, перейдя от использования продукции из первоисточников к использованию непатентованной продукции, как это имеет место в ряде развитых стран и стран со средним уровнем доходов¹.

Инфраструктура и технология

11. Развитие технологии здравоохранения остается движущей силой расширения систем здравоохранения. Оно трансформирует оказание медицинской помощи в контексте первичной помощи, стимулируя, особенно в странах со средним уровнем доходов, расширение инфраструктуры больниц. Появляется более качественная оперативная информация о тенденциях в отношении медицинских изделий. В 2010 г. было начато глобальное обследование мер политики, регулирования и управления в области медицинских изделий. Завершается разработка руководящих принципов в отношении закупок, безвозмездной передачи, техобслуживания, оценки потребностей и оценки технологий здравоохранения. В соответствии с резолюцией WHA60.29 о технологиях здравоохранения Первый глобальный форум ВОЗ по медицинским изделиям (Бангкок, 9-11 сентября 2010 г.) определил приоритеты повышения доступности и улучшения надлежащего использования медицинских изделий.

12. *Информация и исследования в области здравоохранения.* ВОЗ в тесном сотрудничестве с национальными и международными партнерами сосредоточила внимание на усилении элементов мониторинга и оценки в национальных стратегиях в области здравоохранения. В контексте Международного партнерства в здравоохранении плюс (МПЗ+) и сопутствующих инициатив, а также Платформы по финансированию систем здравоохранения был достигнут прогресс в мобилизации поддержки единой общей определяемой страной методики мониторинга и оценки. Она задумана быть полностью интегрированной в национальные политику, стратегию и план в области здравоохранения и должна стать основой обеспечения подотчетности, в том числе представления глобальной отчетности. Работа в государствах-членах сосредоточена на четырех направлениях:

- обеспечение наличия в национальных политике, стратегиях и планах в области здравоохранения обоснованного элемента мониторинга и оценки;
- усиление обзоров сектора здравоохранения;

¹ Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2010 г. — Финансирование систем здравоохранения: путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2010 год.

- создание страновых "обсерваторий" здравоохранения или "информационных порталов по здравоохранению";
- наращивание институционального потенциала стран в области поддержки регулярного мониторинга и оценки проблем и прогресса в их стандартах по здоровью и системам здравоохранения.

Страны с низким уровнем доходов и глобальные партнеры также объединили усилия для стимулирования инноваций в целях мониторинга событий, имеющих важное значение для Целей тысячелетия в области развития. В этих странах диалог с партнерами по развитию по-прежнему сдерживается из-за затруднений с непосредственной увязкой конкретных результатов в отношении здоровья с конкретными усилиями по укреплению систем здравоохранения. Это осложняется давлением со стороны глобального здравоохранительного сообщества, ожидающего быстрых и видимых результатов от собственных усилий. Общий механизм мониторинга и оценки должен способствовать преодолению этих препятствий в диалоге между странами и партнерами, однако также потребуются активное инвестирование средств в исследовательский потенциал.

Управление здравоохранением

13. Многие государства-члены пытаются рационализировать и внести согласованность в фрагментированные системы с участием многочисленных заинтересованных сторон, государственных, частных бесприбыльных, частных коммерческих фирм и корпораций. Вследствие этого вновь проявляется интерес к созданию регулятивного потенциала¹ и укреплению инструментов политики для разработки, проведения переговоров и осуществления более динамичных национальных мер политики, стратегий и планов в области здравоохранения². Эти тенденции находят также выражение в меняющейся практике оказания внешней помощи.

Консенсус в отношении принципов Парижской декларации о повышении эффективности внешней помощи

14. Принципы "Парижской декларации о повышении эффективности внешней помощи: приверженность, гармонизация, согласование, результаты и взаимная подотчетность" сегодня получили широкое распространение. Таким образом, продуманные национальные политика, стратегии и планы в области здравоохранения стали играть ключевую роль в повышении эффективности помощи, а также укреплении национальных систем здравоохранения. Несмотря на продолжающееся усложнение глобальной структуры здравоохранения – сегодня существует более 140 глобальных инициатив в области здравоохранения против менее 100 пять лет назад – в осуществлении принципов Парижской декларации о повышении эффективности внешней помощи начинает просматриваться определенный успех. Во-первых, что особо важно, ряд развивающихся стран создали собственные структуры и процессы для увязки вклада партнеров по

¹ Резолюция WHA63.27.

² См. документ A64/12.

развитию с их приоритетами. Во-вторых, этому способствуют такие инициативы, как Международное партнерство в здравоохранении плюс, объединившее 49 развивающихся стран, учреждений и доноров, на которых лежит взаимная ответственность за изменение поведения. Это служит отправной точкой для поведения доноров в секторе здравоохранения. Вместе взятые эти инициативы приносят в оказание помощи в секторе здравоохранения существенные изменения, не в последнюю очередь благодаря тому, что страны-получатели помощи добились влияния на переговорах в результате расширения обмена опытом и взаимного обучения. На это указывает центральная роль Совместной оценки национальных стратегий, которая была разработана в рамках МПЗ+. Единый подход в рамках Совместной оценки национальных стратегий с успехом применяется в оценке и углублении национального диалога по вопросам укрепления системы здравоохранения. Его принципы находят применение и в 28 странах они либо полностью интегрированы в существующие процессы, либо используются на индивидуальной основе. Более недавние изменения, например появление Платформы финансирования систем здравоохранения, могут обеспечить учреждениям дополнительные возможности для гармонизации их методов работы и интенсификации координируемых усилий по инвестированию ресурсов в системы здравоохранения и их укреплению.

СОДЕЙСТВИЕ СТРАНОВЫМ УСИЛИЯМ

Долгосрочная перспектива

15. Глобальное сообщество здравоохранения, включая ВОЗ, может поддержать усилия стран по укреплению систем здравоохранения и их обеспечению ресурсами путем приведения глобальных повесток дня в соответствие со страновыми процессами. В условиях возрастания числа субъектов в сфере здравоохранения ответственность за это приобретает все более важное значение, и существует потребность в усилении обеспечения качества технической поддержки применительно к нормотворческой деятельности и содействию политическому диалогу. Для обеспечения того, чтобы усилия по укреплению здравоохранения предпринимались в дальнейшем в правильном направлении необходим стратегический подход. Подобный подход зависит от следующих элементов: систематической опоры на межстрановой обмен и совместное обучение с упором на генеральные направления политики в отношении укрепления систем здравоохранения, то есть всеобщий охват, ориентированную на людей первичную помощь и учет вопросов здравоохранения во всех мерах политики. Глобальное сообщество здравоохранения, включая ВОЗ, может способствовать этому с помощью различных средств, например коллегиальных оценок, обмена визитами, сообществ практиков, передвижных семинаров и установления двусторонних связей между учреждениями. В поддержку этих усилий ВОЗ подготовила сборник с изложением национальных и региональных знаний и опыта, включающий сотрудничающие центры ВОЗ, центры передового опыта и другие учреждения. Наконец, ВОЗ и далее будет использовать свое присутствие и влияние в странах, особенно в странах со слабым институциональным потенциалом и в ситуациях нестабильности, по двум важным причинам: для обеспечения непрерывности политического диалога, лежащего в основе укрепления систем здравоохранения, и придания этому диалогу долгосрочного характера.

16. Более ранняя версия настоящего доклада была рассмотрена Исполнительным комитетом на его Сто двадцать восьмой сессии в январе 2011 года.¹

ДЕЙСТВИЯ АССАМБЛЕИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

17. Ассамблее здравоохранения предлагается принять к сведению настоящий доклад и рассмотреть рекомендации Исполнительного комитета для Ассамблеи здравоохранения, о принятии пяти резолюций, представленных на рассмотрение по пункту 13.4 предварительной повестки дня об укреплении систем здравоохранения, как описано в пункте 17 документа A64/12.

= = =

¹ См. документ EB128/2011/REC/2, протоколы четвертого, пятого и десятого заседаний.