



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Улучшение показателей по неинфекционным заболеваниям: барьеры и возможности систем здравоохранения

РУКОВОДСТВО

по проведению оценки ситуации в странах





Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

УЛУЧШЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПО
НЕИНФЕКЦИОННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ:
БАРЬЕРЫ И ВОЗМОЖНОСТИ СИСТЕМ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

**Руководство по проведению оценки
ситуации в странах**

РЕФЕРАТ

В настоящем документе содержатся методические указания о проведении оценки ситуации в странах с целью выявления барьеров и возможностей, возникающих перед системами здравоохранения при принятии мер, направленных на улучшение показателей по неинфекционным заболеваниям (НИЗ). В руководстве описывается состоящий из пяти этапов процесс, который позволяет сделать заключения и выводы, касающиеся политики и учитывающие реальные условия в стране: он начинается с анализа основных показателей по НИЗ, который затем увязывается с охватом основными вмешательствами на уровне населения и индивидуальными услугами. Далее следует углубленное изучение барьеров, с которыми сталкивается система здравоохранения и которые мешают обеспечить более широкий охват ключевыми вмешательствами и услугами в области НИЗ, а также определение возможностей. В ходе оценок также изучаются инновации и передовые методы работы, которые можно использовать для взаимного обмена опытом между странами. Оценки завершаются составлением рекомендаций по вопросам политики, в которых учитываются конкретные условия в каждой отдельной стране.

Ключевые слова

CHRONIC DISEASE
HEALTHCARE SYSTEMS
UNIVERSAL COVERAGE
HEALTH PROMOTION
PRIMARY HEALTHCARE
SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH

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

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

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

© Всемирная организация здравоохранения, 2014 г.

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

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

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

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

Редактор английского текста: Patricia Butler

Дизайн издания и макет обложки: Christophe Lanoux, Париж, Франция

Содержание

Аббревиатуры и сокращения	4
Выражение благодарности	5
Предисловие	6
Введение и обоснование	7
1. Показатели по неинфекционным заболеваниям	10
2. Охват основными вмешательствами и услугами в области НИЗ	12
2.1 Вмешательства на уровне населения	12
2.2. Индивидуальные услуги	14
3. Барьеры и возможности, возникающие перед системами здравоохранения при расширении охвата вмешательствами и услугами в области НИЗ	17
Барьер 1. Формирование политической приверженности улучшению профилактики и контроля НИЗ	18
Барьер 2. Создание четких подходов к определению приоритетов и ограничений	19
Барьер 3. Усиление межведомственного взаимодействия	21
Барьер 4. Расширение прав и возможностей для населения	21
Барьер 5. Создание эффективных моделей предоставления услуг	23
Барьер 6. Улучшение координации между поставщиками услуг	25
Барьер 7. Экономия средств за счет правильной регионализации и специализации оказываемой помощи	26
Барьер 8. Создание правильных систем стимулирования	27
Барьер 9. Интеграция доказательств в клиническую практику	28
Барьер 10. Решение кадровых проблем	29
Барьер 11. Улучшение доступа к качественным лекарственным средствам для лечения НИЗ	31
Барьер 12. Совершенствование управления системами здравоохранения	33
Барьер 13. Создание соответствующих информационных систем	34
Барьер 14. Преодоление сопротивления переменам	36
Барьер 15. Обеспечение доступа к помощи и снижение финансового бремени	36
Связь основных вмешательств и услуг с описанными выше пятнадцатью барьерами	38
4. Инновации и надлежащая практика	40
5. Рекомендации по вопросам политики	41
Библиография	42
Приложение 1. Подгруппы стран	43
Приложение 2. Критерии оценки охвата вмешательствами на уровне населения	44
Приложение 3. Критерии оценки охвата индивидуальными услугами при ССЗ и диабете	46
Приложение 4. Карта балльной оценки вмешательств на уровне населения и барьеров, с которыми сталкивается система здравоохранения	48
Приложение 5. Карта балльной оценки основных индивидуальных услуг при НИЗ и барьеров, с которыми сталкивается система здравоохранения	50

Аббревиатуры и сокращения, используемые в документе

ЕС	Европейский союз
ИСЗ	Информационная система здравоохранения
НЗТ	Никотиновая заместительная терапия
НИЗ	Неинфекционные заболевания
ОИМ	Острый инфаркт миокарда
ПН	Платежи наличными из собственного кармана
СНГ	Содружество Независимых Государств
СКС	Стандартизированный коэффициент смертности
УСЗ	Укрепление системы здравоохранения
ЭКГ	Электрокардиограмма



Выражение благодарности

Данное руководство по проведению оценки в странах было подготовлено под общим руководством директора Отдела систем здравоохранения и охраны общественного здоровья Hans Kluge и директора Отдела неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья на всех этапах жизни Gauden Galea (Европейское региональное бюро ВОЗ).

Руководителем авторского коллектива и основным автором была старший экономист в области здравоохранения, сотрудник Барселонского офиса ВОЗ по укреплению систем здравоохранения Melitta Jakab.

В создание руководства внесли неоценимый вклад и представили ценные замечания по его содержанию Hanne Bak Pedersen, David Beran, Joao Breda, Tatyana Elmanova, Tamas Evetovits, Jill Farrington, Jarno Habicht, Loraine Hawkins, Belinda Loring, Frederiek Mantingh, Galina Perfilieva, Kristina Mauer-Stender, Anna Roepstorff, Marc Roberts, Nina Sautenkova, Maria Skarphedinsdottir, Barton Smith, Erica Stukator Barbazza, Juan Tello и Evgeny Zheleznyakov.

С благодарностью отмечается поддержка в виде частичного финансирования данного проекта, предоставленная Департаментом здравоохранения Автономной области Каталония (Испания) и Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Большую признательность хочется выразить Juan Garcia за поддержку в обеспечении высокого уровня при публикации данной серии отчетов. Особой благодарности заслуживают Patricia Butler, которая выполнила редактирование, и Christophe Lapoux, осуществивший верстку и набор текста данного документа.



Предисловие

Неинфекционные заболевания (НИЗ) являются ведущей причиной смертности, заболеваемости и инвалидности в Европейском регионе ВОЗ. Признавая растущее бремя НИЗ и их серьезные экономические и социальные последствия, государства-члены ВОЗ на Всемирной ассамблее здравоохранения в 2012 г. приняли обязательство сократить преждевременную смертность от НИЗ на 25% к 2025 г. Это обязательство стало поворотным пунктом в ускоренном достижении более высоких показателей здоровья во всем мире и в нашем Регионе.

Европейское региональное бюро ВОЗ приступило к выполнению внутриорганизационной рабочей программы "Улучшение показателей по неинфекционным заболеваниям: барьеры и возможности систем здравоохранения". Эта рабочая программа направлена на то, чтобы разработать концепцию комплексных ответных мер со стороны систем здравоохранения в связи с проблемой НИЗ, провести в странах оценку барьеров и возможностей, возникающих перед системами здравоохранения, оказать поддержку государствам-членам в планировании и реализации ответных мер на уровне политики и организовать обмен опытом, накопленным в странах Региона. Главной же целью программы является выработка практических, осуществимых рекомендаций по вопросам политики, учитывающих конкретные условия в каждой стране и направленных на улучшение показателей по НИЗ во всем Регионе. Мы рассчитываем на то, что единый подход ВОЗ, заложенный в данную рабочую программу, максимально усилит ее влияние на показатели по НИЗ на уровне стран.

Данная программа полностью согласуется с принципами и стратегическими целями политики *Здоровье-2020 – основы европейской политики здравоохранения* – и способствует реализации политики в двух из четырех приоритетных областей: борьба с неинфекционными заболеваниями (приоритетная область 2) и укрепление ориентированных на человека систем здравоохранения (приоритетная область 3). При этом важно отметить, что принятый подход не ограничивает работу определением средних по стране показателей, а предполагает выявление тенденций в подгруппах населения в зависимости от социальных детерминант здоровья с тем, чтобы выявить уязвимые категории. Поэтому мы надеемся не только улучшить показатели по НИЗ в странах, но и уменьшить неравенства.

Предлагаемое руководство по проведению оценки представляет собой первый продукт рабочей программы. В соответствии с руководством, в основе работы по проведению оценки должны лежать процессы, осуществляемые в стране, и согласованные действия многопрофильной группы, основанные на принципе консенсуса. Вклад в разработку руководства внесла группа заинтересованных экспертов из числа сотрудников ВОЗ и других организаций, и оно было окончательно доработано после апробации в пяти странах.

Мы полагаем, что это руководство будет служить новым инструментом анализа, с помощью которого государства-члены смогут оценить деятельность своих систем здравоохранения в области профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними. Мы надеемся, что осуществление практических рекомендаций политического характера, выработанных по результатам оценки ситуации в странах, позволит нам построить более здоровую Европу для себя и для наших детей.



Д-р Hans Kluge

Директор
Отдел систем здравоохранения и охраны
общественного здоровья



Д-р Gauden Galea

Директор
Отдел неинфекционных заболеваний и
укрепления здоровья на всех этапах жизни

Введение и обоснование

Неинфекционные заболевания (НИЗ) являются главной причиной смертности, заболеваемости и инвалидности в Европейском регионе ВОЗ. На четыре основные группы неинфекционных заболеваний (сердечно-сосудистые заболевания, рак, хронические обструктивные заболевания легких и диабет) суммарно приходится подавляющая часть бремени заболеваний и преждевременной смертности в масштабах Региона. Неинфекционные заболевания (в более широком определении) обуславливают в Европе почти 86% смертности и 77% бремени заболеваемости, что усиливает нагрузку на системы здравоохранения, наносит ущерб экономическому развитию и создает угрозу благополучию значительной части населения, особенно лиц в возрасте 50 лет и старше.¹

Также велико воздействие НИЗ на макроэкономическое положение и на уровень бедности в странах. Большинство НИЗ являются хроническими и требуют многократных обращений к системе здравоохранения, сопровождающихся периодическими и постоянными расходами на медицинскую помощь, которые могут стать катастрофическими и привести к обнищанию. НИЗ ведут к существенной потере производительности: по имеющимся оценкам, увеличение смертности от НИЗ на каждые 10% снижает экономический рост на 0,5%.²

Призыв к комплексным ответным мерам со стороны систем здравоохранения по снижению бремени НИЗ содержится в нескольких программных документах,^{3,4} однако в них нет практических и осуществимых рекомендаций в отношении того, что должны включать ответные меры.

Для того, чтобы восполнить данный пробел, Европейское региональное бюро ВОЗ приступило к осуществлению рабочей программы с далеко идущими целями под совместным руководством Отдела систем здравоохранения и охраны общественного здоровья и Отдела неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья на всех этапах жизни. Эта программа предусматривает разработку общей концепции и принципов, проведение оценок в странах и подготовку программных документов по общим для всех направлениям укрепления систем здравоохранения (УСЗ), что может привести к скорейшему улучшению показателей по НИЗ.

“Длительный характер многих НИЗ требует от систем здравоохранения комплексных ответных мер, в рамках которых должны быть объединены квалифицированные кадры, обладающие необходимыми умениями и навыками, доступные по стоимости технологии, обеспечено надежное снабжение лекарственными средствами, создана система направлений к специалистам и расширены права и возможности людей для самостоятельного ведения болезни, и все это на протяжении длительного периода времени.”

ВОЗ³

“Одним из основных требований является комплексный подход к укреплению систем здравоохранения с целью предоставления услуг по поводу всех распространенных заболеваний в течение всей жизни, причем предоставление этих услуг должно быть ориентировано на пациента с его нуждами и запросами.”

Beaglehole et al.

Цели проведения оценок ситуации в странах заключаются в том, чтобы 1) выработать практические и выполнимые рекомендации в отношении укрепления системы здравоохранения и тем самым обеспечить возможность скорейшего улучшения основных показателей по НИЗ; 2) синтезировать знания и опыт, накопленные в странах Региона в отношении общих барьеров, стоящих перед системами здравоохранения, и перспективных подходов к их преодолению; 3) укрепить кадровый потенциал в сфере анализа, разработки и реализации политики путем проведения диалога по вопросам УСЗ и НИЗ.

В данном документе содержатся методические указания о проведении оценок ситуации в странах, представленные в пяти разделах (таблица 1). Оценка ситуации в каждой стране начинается с анализа показателей деятельности системы здравоохранения, связанных с НИЗ (раздел 1), и это увязывается с охватом основными вмешательствами на уровне населения и индивидуальными услугами (раздел 2). Затем проводится углубленное изучение барьеров, мешающих добиться более широкого охвата основными вмешательствами и услугами в области НИЗ, и выявляются возможности для преодоления этих барьеров (раздел 3). В ходе оценок также изучаются инновации и надлежащая практика (раздел 4), которые можно использовать для обмена опытом и знаниями между странами. Оценки завершаются составлением рекомендаций по вопросам политики, в которых учитываются конкретные условия в каждой отдельной стране (раздел 5).

Таблица 1. Структура оценки ситуации в стране

РАЗДЕЛ	ЦЕЛЬ
1. Деятельность системы здравоохранения, связанная с показателями по НИЗ	Показать результаты деятельности в стране по улучшению показателей по НИЗ и вероятность достижения глобальной цели, предусмотренной в Глобальной системе мониторинга – снижение смертности к 2025 г. на 25%. ⁵
2. Карта балльной оценки основных вмешательств на уровне населения и индивидуальных услуг	Сосредоточить внимание на охвате основными вмешательствами и услугами в области НИЗ и увязать его с поведением граждан в отношении собственного здоровья и показателями состояния здоровья.
3. Барьеры и возможности для систем здравоохранения	Проанализировать существование и масштабы 15-ти наиболее распространенных барьеров и возможностей систем здравоохранения, которые препятствуют или способствуют предоставлению основных услуг
4. Освещение инноваций и примеров передовой практики в системе здравоохранения	Показать примеры передовой практики и инноваций в системе здравоохранения, привести фактические данные об их влиянии на основные услуги и показатели, связанные с НИЗ.
5. Рекомендации по вопросам политики	Дать рекомендации по вопросам политики с указанием приоритетности тех мер, которые следует принять в стране для преодоления барьеров в системе здравоохранения, и внести конкретные предложения в планы действий в области НИЗ и УСЗ.

Структура данного руководства была определена с учетом особенностей операционного подхода Европейского регионального бюро ВОЗ к укреплению систем здравоохранения.⁶ Суть данного операционного подхода состоит в том,

чтобы выделить основные услуги, характеризующиеся высокой результативностью в сопоставлении с затратами и высокой степенью положительного воздействия, и выявить барьеры, мешающие системе здравоохранения предоставлять эти услуги с широким охватом. Написание раздела, посвященного барьерам и возможностям, возникающим перед системами здравоохранения, осуществлялось в сотрудничестве Регионального бюро с Гарвардской школой общественного здравоохранения. Его содержание было кратко изложено в основополагающем документе Better Noncommunicable Disease Outcomes: Fifteen Challenges and Opportunities for Health Systems (авторы Roberts и Stevenson) [“Улучшение показателей по неинфекционным заболеваниям: пятнадцать барьеров и возможностей, с которыми сталкиваются системы здравоохранения”].⁷ В 2013 г. руководство было апробировано в пяти странах – Венгрии, Кыргызстане, Республике Молдова, Таджикистане и Турции. Руководство – это живой документ, поэтому оно будет дорабатываться и улучшаться в свете предстоящих оценок ситуации в странах с учетом практического опыта, приобретаемого в процессе проведения оценок. В конечном итоге руководство будет предоставлено государствам-членам для проведения самооценки.

Результаты оценки ситуации в стране будут использоваться в качестве вводных данных в процессах разработки планов действий по укреплению системы здравоохранения и профилактике и борьбе с НИЗ на уровне страны. При осуществлении этих процессов можно будет опираться на уже имеющиеся глобальный и региональный планы действий в области НИЗ. Однако оценки ситуации в странах идут дальше: они нацелены на выявление барьеров и возможностей, которые могут либо мешать, либо способствовать успешному осуществлению и расширению охвата ключевыми вмешательствами и услугами.



1. Показатели по неинфекционным заболеваниям

Оценка ситуации в стране начинается с тщательного анализа ключевых индикаторов, связанных с неинфекционными заболеваниями, представленных в таблице 2. Эти индикаторы были взяты из глобальной системы мониторинга, утвержденной Всемирной ассамблеей здравоохранения в мае 2013 г., с учетом наличия соответствующих данных в базе данных ВОЗ “Здоровье для всех”.

- Группы по проведению оценки должны обратить внимание на динамику изменения основных индикаторов на протяжении длительного времени, если возможно – с начала 90-х годов прошлого столетия. При этом можно и нужно комментировать качество, достоверность и сравнимость данных.
- При выполнении анализа следует рассматривать национальные показатели в региональном контексте, сравнивая полученные результаты с результатами в странах с аналогичным уровнем развития, а также со средними показателями для групп стран Европейского союза и для бывшего Содружества Независимых Государств (СНГ).^а Группа по проведению оценки должна указать, укладывается ли страна в сроки достижения цели снижения к 2025 г. смертности на 25%⁸ при нынешних темпах работы, или же нужно активизировать усилия.
- Следует включить также анализ социальной справедливости, в котором должны рассматриваться различия по признаку пола, региона проживания и социально-экономического статуса.

Таблица 2. Основные индикаторы по НИЗ*

Возможные индикаторы	Разбивка в разрезе	Вопросы
СКС от заболеваний системы кровообращения, на 100 000 населения, возраст 0-64 лет	Всего Пол Регион Социально-экономический статус	Наблюдать тенденции на протяжении длительных периодов времени. Сравнивать показатели с показателями в странах СНГ, ЕС-15 и ЕС-12 (см. Приложение 1) и в других странах с аналогичным уровнем социально-экономического развития. В Глобальной системе мониторинга предусматривается снижение смертности от НИЗ к 2025 г. на 25%. Прокомментировать вероятность достижения страной данной цели при сохранении нынешних тенденций.
СКС от ишемической болезни сердца, на 100 000 населения, возраст 0-64 лет		
СКС от цереброваскулярных заболеваний, на 100 000 населения, возраст 0-64 лет		
СКС от диабета, на 100 000 населения, все возрасты		
СКС от рака, на 100 000 населения, возраст 0-64 лет		
СКС от рака шейки матки, на 100 000 женщин, возраст 0-64 лет		
СКС от рака молочной железы, на 100 000 женщин, возраст 0-64 лет		
СКС от хронической болезни и цирроза печени, на 100 000 населения, все возрасты		
СКС от бронхита, эмфиземы и астмы, на 100 000 населения, возраст 0-64 лет		

Источник: База данных «Здоровье для всех» и национальная статистика смертности.

*СКС: стандартизированный коэффициент смертности; ССЗ: сердечно-сосудистое заболевание.

^а Обзор соответствующих групп стран см. в Приложении 1.

Группам по проведению оценки в стране также рекомендуется выполнить более полный эпидемиологический анализ и дополнить данные о смертности данными о частоте появления новых случаев и заболеваемости. Эта часть анализа не стандартизируется по всем исследованиям, проведенным в странах; каждая группа сама может решить, какова должна быть глубина её эпидемиологического анализа, в зависимости от необходимости, наличия данных и других ограничивающих факторов.



2. Охват основными вмешательствами и услугами в области НИЗ

На втором этапе оценки ситуации в стране проводится обзор охвата основными вмешательствами на уровне населения и индивидуальными услугами, имеющими первостепенное значение для достижения положительных показателей по НИЗ. Основные вмешательства и услуги имеют под собой доказательную базу, обладают высокой эффективностью, оправданы с точки зрения соотношения затрат и эффективности, доступны по стоимости и осуществимы в различных системах здравоохранения.⁹ Группам по проведению оценок следует увязывать закономерности в показателях здоровья, выявленные в разделе 1, с охватом основными вмешательствами и услугами. Особые усилия необходимо приложить к тому, чтобы определить, какие данные можно дезагрегировать по социально-экономическому статусу, чтобы оценить справедливость в отношении охвата. В этом разделе описаны основные вмешательства на уровне населения и индивидуальные услуги.

2.1 Вмешательства на уровне населения

Вмешательства на уровне населения сосредоточены в трех основных областях: профилактика курения, профилактика злоупотребления алкоголем, улучшение режима питания и повышение физической активности. В этих областях уже определен некоторый набор основных вмешательств, и группе следует оценить, в какой степени эти вмешательства реализуются. По возможности, эффективность реализованных вмешательств должна оцениваться в сопоставлении с ключевыми индикаторами поведения людей в отношении собственного здоровья, которые следует выбрать из девяти добровольных целей и двадцати пяти индикаторов, предложенных в рамках Глобального плана действий по профилактике НИЗ и борьбе с ними (таблица 3).

Для оценки охвата этими вмешательствами работающие в стране группы могут использовать основополагающие документы, проводить интервью с ключевыми информантами, прибегать к использованию результатов ранее проделанной аналитической работы, анализу количественных данных и триангуляции различных источников. Окончательная оценка должна быть принята на основе консенсуса между группами местных и международных экспертов и национальными органами власти.

Для того, чтобы было легче проводить анализ и обобщать результаты, можно использовать “систему светофора”, по которой вмешательства оцениваются как широкие, умеренные или ограниченные. В ходе проведения оценок в порядке апробации руководства некоторые страны убедились в том, что система светофора является полезным способом определения областей, в которых они достигают хороших результатов, и областей, где требуется приложить наибольшие усилия. Однако, по мнению других стран, ценность всего этого состоит в обсуждении вопросов охвата основными услугами, а сама оценка большого значения не имеет. Группы по проведению оценки могут принять решение на этот счет на этапе подготовки к оценке или в процессе самой оценки; главное, чтобы принятый подход отражал конкретную ситуацию в данной стране.

Таблица 3. Основные вмешательства по НИЗ на уровне населения и глобальные цели

Соответствующие добровольные глобальные цели, которые должны быть достигнуты к 2025 г.	Основные вмешательства
Снижение на 30% нынешнего уровня распространенности употребления табака среди лиц в возрасте 15 лет и старше	<ul style="list-style-type: none"> • Целый ряд вмешательств по борьбе с курением <ul style="list-style-type: none"> – Повышение налогов на табачные изделия с целью снижения ценовой доступности – Создание среды, свободной от табачного дыма – Предупреждение об опасности табака и табачного дыма – Запреты на рекламу, стимулирование продаж и спонсорство табачных изделий – Телефонные службы помощи в прекращении курения и никотиновая заместительная терапия (НЗТ)*
Снижение злоупотребления алкоголем как минимум на 10%	<ul style="list-style-type: none"> • Вмешательства, направленные на профилактику злоупотребления алкоголем <ul style="list-style-type: none"> – Применение политики ценообразования в отношении алкоголя, включая налоги на алкогольные напитки – Ограничения и запреты на рекламу и стимулирование продаж алкоголя – Ограничение наличия алкоголя в розничной торговле – Установление минимального возраста, дающего право на покупку алкоголя, и обеспечение его соблюдения* – Установление уровня алкоголя в крови, при котором допускается управление транспортным средством*
<p>Прекращение роста заболеваемости диабетом и ожирением</p> <p>Снижение на 30% среднего потребления соли/натрия среди населения</p> <p>Снижение на 10% распространенности недостаточной физической активности</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Вмешательства, направленные на улучшение режима питания и повышение физической активности <ul style="list-style-type: none"> – Уменьшить потребление соли и содержание соли в продуктах – Практически исключить транс-жирные кислоты из состава пищевых продуктов – Осуществлять программы повышения информированности населения о рационе питания и физической активности – Уменьшить потребление свободных сахаров* – Увеличить потребление фруктов и овощей* – Снизить воздействие рекламы пищевых продуктов и безалкогольных напитков на детей* – Повысить уровень осведомленности о режиме питания и физической активности*

Источник: Глобальный план действий по профилактике и контролю неинфекционных заболеваний на 2013-2020 гг.

*Означает вмешательства в дополнение к указанным в Глобальном плане действий с целью обеспечения комплексной оценки.

Для групп, которые пожелают использовать для оценки “систему светофора”, в Приложении 2 приводятся подробные критерии для балльной оценки вмешательств на уровне населения, в основе которых лежат фактические данные и обязательства, принятые на международном уровне. Три категории охвата вмешательствами можно кратко описать следующим образом:

- **Широкие вмешательства.** Имеются доказательства широкой приверженности, которая демонстрируется в стратегиях, программах и вмешательствах, соответствующих передовой международной практике; есть подтверждение успешной реализации подобных мер в прошлом и появляются новые доказательства желаемых изменений в поведении людей в отношении собственного здоровья и улучшения показателей.

- **Умеренные вмешательства.** Стратегии, программы и вмешательства существуют и отражают приверженность борьбе с НИЗ, но либо то, как они построены, не соответствует передовой международной практике, либо что-то помешало их реализации. В результате зафиксированы лишь ограниченные изменения в поведении людей в отношении собственного здоровья.
- **Ограниченные вмешательства.** Ограниченные мероприятия, ограниченная приверженность реальным изменениям, нереализованные инициативы и нет подтверждений изменения в поведении людей в отношении основных факторов риска для здоровья.

По возможности разработку программ по основным факторам риска следует увязывать с показателями изменений в поведении. В оценке следует отразить следующий минимальный набор показателей, взятых либо из национальных источников, либо из базы данных “Здоровье для всех”:

- суммарное потребление алкоголя на душу населения (среди лиц в возрасте 15 лет и старше);
- стандартизированная по возрасту распространенность избыточной массы тела среди взрослых (лиц в возрасте 18 лет и старше);
- стандартизированная по возрасту распространенность табакокурения в настоящее время (среди лиц в возрасте 15 лет и старше).

2.2 Индивидуальные услуги

Аналогичные действия выполняются и в отношении основных индивидуальных услуг. Эти услуги, прежде всего, направлены на раннее выявление, упреждающее ведение заболевания и вторичную профилактику сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета, а также на некоторые вмешательства в отношении рака (таблица 4). Для того, чтобы было реально предоставлено большинство этих услуг, нужна ориентированная на человека система первичной медико-санитарной помощи с хорошо организованной связью с мероприятиями по работе с труднодоступными пациентами и с учреждениями, оказывающими медицинскую помощь при острых и хронических заболеваниях. В таблице 4 термин “услуги первого ряда” означает услуги с очень благоприятным соотношением затрат и эффективности, а термин “услуги второго ряда” – услуги с умеренно благоприятным соотношением затрат и эффективности. Последние включены потому, что они позволяют более полноценно оценить эффективность работы системы здравоохранения.

В идеале, группам по проведению оценки в странах следует представлять данные и показатели фактических уровней охвата. Это возможно в странах, где имеется хорошая информационная база и регистры пациентов в первичном звене медико-санитарной помощи. Однако во многих странах информационная система не позволяет извлекать подробные данные об охвате. Некоторое представление о процентах охвата могут дать учетная документация на уровне учреждений здравоохранения и обследования. Кроме того, помочь оценить уровни охвата могут интервью с ключевыми информантами, проделанная ранее аналитическая работа, анализ количественных данных и триангуляция данных из всех источников. Окончательная оценка должна быть принята на основе консенсуса между группами местных и международных экспертов и органами власти страны.

Таблица 4. Основные индивидуальные услуги по поводу НИЗ и глобальные цели*

Соответствующие добровольные глобальные цели, которые должны быть достигнуты к 2025 г.	Основные услуги
<p>Не менее 50% лиц, имеющих соответствующие показания, получают лекарственную терапию и консультации с целью профилактики ОИМ и инсульта</p> <p>Сокращение на 25% распространенности артериальной гипертензии или сдерживание ее распространенности</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ССЗ и диабет – услуги первого <ul style="list-style-type: none"> – Стратификация риска в первичном звене, в том числе артериальная гипертензия, уровень холестерина, диабет и другие факторы риска ССЗ – Эффективное выявление и ведение гипертензии, контроль холестерина и ведение диабета с помощью комбинированной лекарственной терапии на основе стратификации риска – Эффективная профилактика в группах повышенного риска и вторичная профилактика после ОИМ, включая применение ацетилсалициловой кислоты • ССЗ и диабет – услуги второго ряда <ul style="list-style-type: none"> – Экстренная помощь и вмешательства на уровне специализированной помощи после ОИМ и инсульта*
	<ul style="list-style-type: none"> • Диабет <ul style="list-style-type: none"> – Эффективное выявление и общее последующее наблюдение* – Просвещение пациентов и интенсивный контроль глюкозы – Контроль артериальной гипертензии у больных диабетом – Профилактика осложнений (например, осмотр глаз и стоп)
	<ul style="list-style-type: none"> • Рак – услуги первого ряда <ul style="list-style-type: none"> – Профилактика рака печени путем вакцинации против вируса гепатита В – Скрининг на рак шейки матки и лечение предраковых поражений • Рак – услуги второго ряда <ul style="list-style-type: none"> – Вакцинация против папилломавируса человека в случае необходимости и при условии благоприятного соотношения затрат и эффективности, в соответствии с национальными программами и стратегиями – Раннее выявление случаев рака молочной железы и своевременное лечение всех стадий рака – Скрининг населения на рак толстой и прямой кишки среди лиц старше 50 лет вместе с предоставлением своевременного лечения – Скрининг на рак полости рта в группах повышенного риска вместе с предоставлением своевременного лечения

Источник: Глобальный план действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013-2020 гг.

*Означает меры вмешательства, принимаемые в дополнение к мерам, указанным в Глобальном плане действий, чтобы дать более комплексную оценку.

Для тех групп, которые пожелают проводить оценку с использованием “системы светофора”, в Приложении 3 приводятся подробные критерии для начисления баллов индивидуальным услугам, предоставляемым при сердечно-сосудистых заболеваниях (ССЗ) и диабете, в основе которых лежат фактические данные и обязательства, принятые на международном уровне. Три категории охвата услугами можно кратко описать следующим образом:

- **Широкий охват.** Имеются доказательства широкого охвата основными индивидуальными услугами, доказательства широкомасштабных мероприятий по раннему выявлению, наличия систем регистрации, упреждающего ведения заболеваний и профилактики осложнений. Механизмы для работы с труднодоступными пациентами существуют и широко используются для целенаправленного предоставления услуг группам риска. Имеются механизмы улучшения соблюдения режимов лечения и повышения приверженности лечению.
- **Умеренный охват.** Наблюдаются различия в охвате основными индивидуальными услугами, система раннего выявления нуждается в улучшении, системы регистрации действуют, но используются недостаточно или не в полную меру, упреждающее ведение болезни практикуется лишь в некоторой степени и уделяется определенное внимание профилактике осложнений. В определенной степени, но не систематически используются механизмы для работы с труднодоступными пациентами, с помощью которых могут целенаправленно предоставляться услуги группам риска. Механизмы улучшения соблюдения режимов лечения и повышения приверженности лечению не систематизированы.
- **Ограниченный охват.** Уровень охвата основными индивидуальными услугами низок, ССЗ, диабет и рак обычно выявляются на поздних стадиях, и не предпринимается систематических попыток проводить раннее выявление. Системы регистрации отсутствуют или не используются. Первичная медико-санитарная помощь является реагированием на симптомы у пациентов, а упреждающего ведения болезни не предусматривает, мало внимания уделяется профилактике осложнений. Механизмы для работы с труднодоступными пациентами мало используются для целенаправленного предоставления услуг группам риска. Механизмы улучшения соблюдения режимов лечения и повышения приверженности лечению отсутствуют.



3. Барьеры и возможности, возникающие перед системами здравоохранения при расширении охвата вмешательствами и услугами в области НИЗ

Многие страны сталкиваются с большими трудностями при расширении охвата основными вмешательствами и услугами в области НИЗ, описанными в предыдущем разделе, несмотря на убедительные данные, свидетельствующие о благоприятном соотношении затрат и эффективности этих вмешательств и услуг и их значительном положительном воздействии на здоровье населения. В то же время появляется и обнадеживающий положительный опыт, который дает возможность наладить обмен знаниями между странами после некоторой адаптации к нему. На третьем этапе оценки ситуации в стране изучаются и анализируются барьеры, с которыми сталкиваются системы здравоохранения и которые могут подрывать осуществление основных вмешательств и услуг, а также препятствовать прогрессу в достижении 25 целевых показателей к 2025 г. (так называемой цели “25 к 25-му”). Одновременно на этом этапе должны быть показаны благоприятные возможности для расширения охвата этими вмешательствами и услугами.

В таблице 5 перечислены пятнадцать аспектов системы здравоохранения, которые могут представлять собой барьер или возможность для улучшения предоставления основных услуг и вмешательств в области НИЗ. Каждый из них описывается ниже и сопровождается серией полуструктурированных вопросов, с помощью которых мышление групп по проведению оценки направляется в нужное русло. Вопросы расположены в порядке смыслового расширения – от узких к более широким и от конкретно-описательных к требующим пространственных рассуждений. В сопроводительном основополагающем документе¹⁰ даются дополнительные пояснения по содержанию каждого/ой барьера/возможности, возникающих перед системой здравоохранения. Мы не ставили перед собой цели дать исчерпывающее руководство, и поэтому группы по проведению оценки в странах могут по своему усмотрению выходить за рамки предложенного, разрабатывать более детальные вопросники для проведения интервью, анкетирования или работы с целевыми группами с участием пациентов и врачей, и также исследовать интересные направления опроса, выходящие за рамки перечисленных ниже подсказок.

Таблица 5. Пятнадцать барьеров и возможностей систем здравоохранения для улучшения показателей по НИЗ

Политическая приверженность улучшению показателей по НИЗ	Четкие подходы к определению приоритетов	Межведомственное взаимодействие	Расширение прав и возможностей граждан
Эффективная модель предоставления услуг	Координация между поставщиками услуг	Регионализация	Системы стимулирования
Интеграция доказательств в клиническую практику	Распределение и состав кадровых ресурсов	Доступ к качественным лекарственным средствам	Эффективное управление
Соответствующие информационные системы	Управление переменами	Обеспечение доступа к помощи и финансовая защита	

Источник: Roberts MJ, Stevenson MA. Better Noncommunicable Disease Outcomes: Fifteen Challenges and Opportunities for Health Systems. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2014 (готовится к печати).

Барьер 1. Формирование политической приверженности улучшению профилактики и контроля НИЗ

Политическая приверженность и обеспечение контроля НИЗ крайне важны для того, чтобы вопрос о НИЗ оставался главным пунктом повестки дня, для продвижения политически сложных реформ (например, антитабачные стратегии и реформа в области медицинского образования), для направления усилий непосредственно на группы риска и категории населения с недостаточным уровнем обеспеченности услугами, а также для претворения принятых обязательств в действия. Приведенные ниже вопросы сконцентрированы на определении уровня политической приверженности вопросам совершенствования помощи в области НИЗ. Большинство вопросов касаются центрального правительства, однако в определенных случаях следует также уделять внимание и процессам, происходящим на уровне местных органов власти.

1. В какой степени улучшение показателей деятельности системы здравоохранения в целом является четко сформулированным приоритетом для государства? Была ли эта тема в центре политических дискуссий или законодательных действий? Какие конкретные проблемы или недостатки были целью подобных действий?
2. Содержится ли в национальных планах развития упоминание о профилактике и лечении НИЗ, когда бремя болезней увязывается с повесткой дня в области экономического роста и социального развития? Имеются ли в правительстве и среди политических деятелей влиятельные сторонники принятия мер в области профилактики НИЗ и борьбы с ними?

3. Много ли внимания уделяется проблемам НИЗ вне сферы государственного управления, когда общественные организации, пациенты, активисты различных движений, интеллигенция и т.д. обсуждают показатели деятельности системы здравоохранения?
4. Является ли борьба с НИЗ четко сформулированным элементом официальной, опубликованной или объявленной политики или стратегии государства в области здравоохранения? Предпринимало ли политическое руководство страны какие-либо усилия к тому, чтобы подчеркнуть важность НИЗ, или характеризовало ли оно какие-либо конкретные неинфекционные заболевания как требующие принятия первоочередных мер? Как люди, работающие в системе государственного управления и вне этой сферы, характеризуют относительную важность НИЗ в сравнении с другими проблемами здравоохранения?
5. Обосновывались ли какие-либо реформы в системе здравоохранения именно необходимостью улучшения показателей по НИЗ? Какие действия были предприняты (или, по крайней мере, предложены), и являются ли эти шаги, по вашему мнению, реалистичными и важными для решения этой задачи?
6. Существует ли четко определенный процесс выделения бюджетных средств, с помощью которого распределение средств увязывается с приоритетами здравоохранения? На каком уровне это происходит? Какое место в этом распределении бюджетных средств занимают НИЗ? Выделялись ли какие-либо конкретные суммы на конкретные заболевания, патологические состояния или услуги?
7. Выделяется ли на перечисленные в таблице 3 вмешательства на уровне населения стабильное финансирование из государственного бюджета? Можете ли вы оценить уровень финансирования этих программ и вмешательств? Предпринимались ли усилия по увеличению государственного финансирования услуг по профилактике?
8. Какой процент населения охвачен различными фондами государственного страхования? Какие из индивидуальных услуг, перечисленных в таблице 4, входят в пакет страховых льгот различных фондов? В какой мере эти услуги подлежат совместной оплате и вычитанию из сумм, облагаемых налогом? Пользуются ли услуги в области НИЗ более либеральным или менее либеральным режимом в этом отношении, чем другие услуги?

Барьер 2. Создание четких подходов к определению приоритетов и ограничений

На фоне увеличения бремени НИЗ, устойчивая система здравоохранения вынуждена принимать нелегкие решения не только о том, какие вмешательства и услуги нужно обеспечивать, но и о том, какие вмешательства и услуги обеспечивать не нужно. Положительному восприятию общественностью такой стратегии установления приоритетов будут способствовать устойчивые к политическим колебаниям и прозрачные процессы на доказательной основе, защищающие принятие решений от влияния конкретных интересов. Перечисленные ниже вопросы предназначены для того, чтобы ориентировать группу по проведению

оценки при определении того, существуют ли такие четкие, прозрачные подходы к установлению приоритетов на доказательной основе.

1. Опишите процесс формирования бюджета и то, как в годовом исчислении устанавливается уровень государственных расходов на здравоохранение. Связано ли это определенным образом с бременем болезней? Предпринимаются ли усилия к тому, чтобы использовать соотношение затрат и эффективности в качестве критерия для выделения ресурсов, включая данные о соотношении затрат и эффективности услуг в области НИЗ? Существуют ли специальные процессы принятия решений о финансировании услуг на уровне населения в отличие от индивидуальных услуг? Что касается индивидуальных услуг, существуют ли специальные процессы для определения доли финансирования первичной медико-санитарной помощи в отличие от вторичной и третичной медико-санитарной помощи? Проводились ли какие-либо исследования, публиковались ли доклады или анализы такого рода?
2. Существуют ли механизмы для оценки распределения факторов риска и последствий НИЗ между разными социально-экономическими группами, в том числе между группами, различающимися по признаку доходов, места жительства, пола и национальности? Имеются ли в системах финансирования и планирования здравоохранения и в структуре услуг здравоохранения механизмы принятия ответных мер против несправедливого распределения рисков и последствий НИЗ? Принимается ли во внимание социальная справедливость при установлении приоритетов? Существует ли обязательство государства или предусмотренная конституцией обязанность обеспечивать справедливость в отношении здоровья или социальную справедливость для населения?
3. Принимало ли правительство какие-либо четко сформулированные решения не охватывать определенные состояния, не предоставлять определенных услуг или не предлагать определенных лекарственных препаратов в рамках осуществляемых в государственном секторе программ обеспечения основными лекарственными средствами? Если принимало, какой процесс был использован для принятия таких решений? Были ли эти решения объявлены и были ли даны соответствующие разъяснения?
4. Как происходит нормирование (явное или подразумеваемое) на уровне лечебных учреждений? В частности, как специалисты по оказанию медицинской помощи при раковых заболеваниях оценивают имеющиеся в стране возможности лечения различных состояний? Имеются ли конкретные лекарственные средства, учреждения или виды оборудования, которые им хотелось бы иметь, но для которых они не могут получить финансирования?
5. Каково влияние нормирования на пациентов? Что происходит с теми, кто не получает помощи при определенных состояниях из-за того, что ограничено государственное финансирование? Существует ли в стране частный сектор, который предоставляет такую помощь пациентам, способным её оплатить? Оказывает ли государство хоть какую-то финансовую помощь пациентам с тем, чтобы они могли попытаться получить лечение за границей, и если оказывает, то как определяется, кто имеет право на такую поддержку?
6. Имеются ли организованные услуги паллиативной помощи тем пациентам, которым не может помочь дальнейшее агрессивное лечение? Как они финансируются и насколько широко они доступны?

Барьер 3. Усиление межведомственного взаимодействия

Некоторые ключевые вмешательства и услуги, которые оказывают наибольшее воздействие на показатели по НИЗ (например, борьба против табака), требуют объединенных действий со стороны нескольких государственных ведомств. Приведенные ниже вопросы направлены на выяснение наличия механизмов межведомственного взаимодействия и их эффективности.

1. Какие шаги были предприняты правительством (на уровне выше, чем министерство здравоохранения) для мобилизации межведомственных или общегосударственных действий по профилактике НИЗ и борьбе с ними?
2. Какие конкретные шаги были предприняты министерством здравоохранения (если они были предприняты) для мобилизации помощи со стороны других ведомств в осуществлении межведомственных действий по реализации вмешательств на уровне населения, перечисленных в таблице 3? Если эти шаги не увенчались успехом, от кого исходило сопротивление в правительстве (например, от министерства финансов) и в других секторах (например, от табачной промышленности)?
3. Существуют ли совместные межотраслевые процессы установления целей и целевых показателей, формирования политики, реализации вмешательств, мониторинга и отчетности в отношении НИЗ? Существуют ли на уровне кабинета министров или при кабинете какие-либо официальные межминистерские комиссии или координационные структуры, занимающиеся вопросами политики здравоохранения в целом или борьбой с НИЗ в частности? Насколько успешно удается им проводить в жизнь стратегии и программы?
4. Если нет, существуют ли межотраслевые механизмы, позволяющие решать другие вопросы здравоохранения или воздействовать на социальные детерминанты здоровья (например, принцип учета интересов здоровья во всех стратегиях, устойчивое развитие, экономический рост, затрагивающий все слои общества, вовлечение в социальную жизнь всех слоев общества, планы действий по защите интересов цыган)? Способны ли эти механизмы обеспечить расширение охвата мероприятиями по профилактике НИЗ, включая воздействие на социальные детерминанты НИЗ?
5. Какие существуют финансовые стимулы или анти-стимулы для действий на межотраслевом уровне? Есть ли какие-либо данные, свидетельствующие о формировании объединенных бюджетов? Как распределяется ответственность и подотчетность?

Барьер 4. Расширение прав и возможностей населения

Людей можно рассматривать как работников переднего края в профилактике и лечении многих состояний, обусловленных НИЗ. Они должны быть осведомлены о возможных состояниях, приходить на скрининговые тесты, отказываться от нездоровых привычек, проходить контрольные диагностические тесты и соблюдать назначенное медикаментозное лечение и указания медицинских

работников. Для этого нужны знания, навыки и соответствующая мотивация. Перечисленные ниже вопросы направлены на изучение механизмов и стимулов, используемых для расширения прав и возможностей людей как основных исполнителей в борьбе с хроническими заболеваниями в настоящем и будущем.

1. Существуют ли программы, цель которых состоит том, чтобы повысить уровень санитарной грамотности в целом, создать условия для граждан, чтобы они могли брать на себя ответственность за собственное здоровье, требовать соблюдения своих прав в системе здравоохранения и знать, на что они могут претендовать и куда и как обращаться за услугами (особенно это касается бесправных и социально отверженных групп населения)?
2. Имеются ли специально разработанные стратегии, каналы, программы или методические руководства по просвещению пациентов, нацеленные на лиц, страдающих НИЗ? Выделяются ли средства целевым назначением на поддержку этой деятельности, и есть ли в министерстве здравоохранения специально назначенный сотрудник, отвечающий за разработку и осуществление таких программ? Существует ли система сбора данных, позволяющая фиксировать широту охвата такими программами, и предпринимались ли какие-либо усилия по оценке эффективности этих программ?
3. Проводится ли какая-либо организованная работа по созданию групп взаимной поддержки пациентов? В какой степени эти группы являются функциональными? Проводилась ли когда-либо оценка их эффективности?
4. Существуют ли какие-либо финансовые стимулы для пациентов, чтобы они участвовали в подобных мероприятиях (например, снижение размеров сооплаты за лекарственные средства)?
5. В какой степени пациенты имеют доступ к информации, необходимой им для более активного участия? Могут ли они видеть свою собственную медико-санитарную документацию? Имеются ли источники информации в Интернете, которыми могут пользоваться и пользуются пациенты? Существуют ли группы защиты интересов пациентов с конкретными заболеваниями, которые предоставляют информацию и поддержку, и насколько успешно они функционируют, особенно в отдаленных районах страны?
6. В какой степени в системе здравоохранения существуют культурные, языковые и гендерные барьеры, мешающие участию пациентов? Как традиционно складываются отношения между врачом и пациентом в вашей стране? Насколько обычной является ситуация, когда врачи не рассказывают пациентам подробностей об их состоянии здоровья (например, при раке) или когда более молодые члены семьи не рассказывают подробностей своим старшим родственникам? Каковы взаимоотношения между пациентами и другими медицинскими работниками, например, медицинскими сестрами?
7. В какой степени присутствуют общие барьеры культурного характера, ограничивающие участие пациентов? Имеются ли какие-либо функции и ожидания, обусловленные гендерной принадлежностью, которые играют свою роль в таком ограничении (например, мужчины должны быть

сильными, или женщины не могут рассчитывать на то, что их потребности будут учитываться)? В какой мере отношение к психическим заболеваниям или привычкам к злоупотреблению психоактивными веществами осложняет процесс общения и оказания помощи?

8. В какой степени определенные группы населения являются более бесправными по сравнению с другими? Какие меры были приняты по расширению прав и возможностей обездоленных или уязвимых групп населения или для оказания им поддержки в доступе к медицинским услугам (включая скрининг и укрепление здоровья)? Какие меры были приняты для того, чтобы обеспечить их качественной помощью в течение всего их взаимодействия с системой медицинского обслуживания?
9. Обсуждались ли в министерстве здравоохранения, в медицинских сообществах или в академических кругах вопросы о необходимости повысить степень самостоятельного ведения пациентами своих болезней и о новых моделях оказания помощи, ориентированных на нужды и запросы пациентов, в свете растущей распространенности НИЗ?

Барьер 5. Создание эффективных моделей предоставления услуг

Краеугольным камнем в системе здравоохранения является наличие активной системы общественного здравоохранения, в то время как первичное звено медико-санитарной помощи служит центральным узлом. Одна из наибольших трудностей состоит в том, чтобы создать и внедрить в первичном звене медико-санитарной помощи модель, основанную на взаимоотношениях между пациентом и врачом, при которой помощь предоставляется непрерывно, регулярно и с упреждением событий, а не эпизодическими усилиями нескольких разрозненно действующих специалистов. Благодаря упреждающей первичной медико-санитарной помощи можно вести хронические патологические состояния до и после наступления острых эпизодов болезни, но при этом должны быть механизмы плавной передачи пациентов на другие уровни помощи и хорошо налаженный поток информации. Приведенные ниже вопросы направлены на изучение используемой модели предоставления услуг и того, насколько хорошо организована система здравоохранения для раннего выявления и упреждающего ведения болезни.

1. Достаточно ли целенаправленно занимается система общественного здравоохранения проблемой НИЗ, обеспечены ли ее структуры достаточными кадрами и финансированием для выполнения основных функций? Взаимодействует ли система общественного здравоохранения с первичным звеном медико-санитарной помощи таким образом, чтобы охватить своими мероприятиями всех людей и обеспечить раннее выявление болезни и повысить уровень санитарной грамотности?
2. Достаточно ли хорошо развиты первичное звено медико-санитарной помощи и семейная медицина, чтобы быть центром предоставления помощи пациентам, страдающим хроническими заболеваниями? Существует

ли четко сформулированная политика укрепления первичного звена и реструктуризации или сокращения больничного сектора (особенно в странах с переходной экономикой)? Оптимально ли соотношение между первичной помощью и помощью стационарной, особенно с точки зрения проблемы НИЗ? Для обоснования вашей оценки соберите, пожалуйста, данные о показателях госпитализации и показателях обращений в учреждения первичного звена на душу населения как в целом, так и в связи с НИЗ. (Например, показатель госпитализации в связи с артериальной гипертонией указывает на несоответствующий уровень стационарной помощи).

3. Как укомплектовано кадрами большинство учреждений первичного звена? Какую квалификацию имеет врачебный и не врачебный персонал? Существует ли требование о том, чтобы персонал имел подготовку в области первичной медико-санитарной помощи, семейной медицины, просвещения пациентов или помощи при НИЗ? Кто из поставщиков помощи участвует в работе по профилактике и контролю НИЗ и кто отвечает за эту работу? (Например, акушерки могут в повседневной практике проводить скрининг на рак шейки матки). Имеются ли какие-либо инновационные примеры горизонтального сотрудничества в предоставлении услуг по борьбе с НИЗ?
4. Как предоставляется амбулаторная помощь в большинстве учреждений или в большинстве ситуаций? Имеют ли пациенты постоянные отношения с определенным работником на первичном уровне, на котором им предоставляется основной объем помощи? В целом, являются ли эти отношения постоянными или эпизодическими (связанными со случаями экстренной помощи)? Имеют ли пациенты право выбора поставщика помощи? Ведется ли учет патологических состояний, обусловленных НИЗ, в специальном журнале и получают ли пациенты напоминания по телефону и по почте о необходимости явиться на осмотр?
5. В какие часы открыто большинство учреждений первичной медико-санитарной помощи для приема пациентов (как теоретически, так и практически)? Существует ли система записи на прием? Как долго приходится ожидать в очереди в лечебных учреждениях? Сколько времени длится обычный прием у врача, и есть ли в течение этого времени возможность уделить внимание потребностям пациента в укреплении здоровья, профилактике и ведении заболевания и расширении прав? Как эти основные действующие факторы влияют на восприятие качества услуг и на желание обращаться за помощью по поводу НИЗ?
6. Достаточно ли широк круг обязанностей поставщиков первичной медико-санитарной помощи, чтобы охватывать большинство основных услуг по НИЗ, или же эти обязанности имеют более узкую направленность? Предпринимались ли шаги по повышению статуса и расширению круга обязанностей поставщиков помощи и, если да, каковы были их результаты? Доступны ли основные диагностические тесты на НИЗ в первичном звене медико-санитарной помощи (например, измерение артериального давления, анализ на содержание сахара и холестерина в крови и электрокардиограмма)? На ком лежит ответственность за охват скринингом (например, скринингом на рак шейки матки) и иммунизацией (например, против вируса гепатита В)? Кто следит за тем, чтобы проводился сбор и анализ данных? В какой степени индивидуальные поставщики услуг отвечают за скрининг и вакцинацию?

7. Как предоставляется помощь при НИЗ в отдаленных сельских районах или в поселениях мигрантов, где может наблюдаться недостаток персонала? Существует ли система ротации в выезде специалистов в эти места? Существует ли организованная система поддержки сельских медицинских работников средствами телемедицины? Имеется ли организованная система эвакуации больных в экстренных случаях?
8. Как осуществляется направление пациентов к специалистам или для получения стационарной помощи? Могут ли пациенты обращаться к специалистам или в больницы напрямую? Существует ли официальная система или механизм для направления пациентов обратно в первичное звено медико-санитарной помощи? Кто инициирует и отвечает за установление такой связи между двумя уровнями оказания помощи? Осуществляется ли направление к специалистам по определенной системе и используется ли при этом качественная информационная система? Происходит ли движение историй болезни в обоих направлениях (см. также барьер 6)?
9. Укажите факторы, затрудняющие выполнение первичным звеном медико-санитарной помощи функций центрального узла в предоставлении помощи в области НИЗ (просвещение пациентов, обеспечение координации действий со специалистами, обеспечение эффективности направлений в стационары, установление связей с социальными службами и т.д.).

Барьер 6. Улучшение координации между поставщиками услуг

Больные НИЗ часто имеют коморбидные состояния, поэтому в предоставлении помощи одному человеку и в его лечении могут участвовать несколько медицинских специалистов. Зачастую требуется участие немедицинского персонала. Перечисленные ниже вопросы нацелены на изучение механизмов координации помощи пациентам по всему спектру, в том числе оказываемой на разных уровнях в системе здравоохранения и не только в ней, включая сестринский уход и социальную помощь.

1. Насколько эффективна координация действий между поставщиками при предоставлении помощи хроническим больным с НИЗ? Насколько сложно поставщикам первичной медико-санитарной помощи направлять больных к нужным специалистам? Насколько эффективно многопрофильное взаимодействие (между врачами, медицинскими сестрами, работниками санитарного просвещения и т.д.) в условиях амбулаторного учреждения? (Подумайте о возможном использовании конкретных патологических состояний, например, астмы, ишемической болезни сердца, инсульта или рака, в качестве индикаторов).
2. Оцените последовательность перевода больного для оказания помощи при острых состояниях у больных с хроническими НИЗ: от поставщика первичной медико-санитарной помощи в стационар, затем реабилитационной бригаде. Имеются ли сложности в доступе к истории болезни пациента и к информации о лекарственных препаратах на каждом из этапов? (Подумайте

об индикаторных состояниях, таких как ОИМ, инсульт, хирургическая операция или химиотерапия у онкологических больных).

3. Оцените эффективность бригадной работы при оказании помощи онкологическим больным. Насколько хорошо координируются действия хирургов, онкологов-радиологов и врачей-онкологов? Эффективно и обоснованно ли используются поставщики помощи, не являющиеся врачами (например, медицинские сестры, специалисты по оборудованию для лучевой терапии, нутрициологи, социальные работники)?
4. Существует ли система перевода пациента после оказания помощи при обострении заболевания обратно в первичное звено вместе с историей болезни и другой информацией, которая понадобится поставщику ПМСП для полноценного ведения случая?
5. Насколько тесно поставщики медицинских услуг взаимодействуют с поставщиками социальных услуг, особенно при оказании помощи пациентам со сложными потребностями или пациентам, находящимся в неблагоприятном социально-экономическом положении?
6. Каков процент выбытия из последующего наблюдения при основных НИЗ, и как он варьируется между разными социально-этническими группами?

Барьер 7. Экономия средств за счет правильной регионализации и специализации оказываемой помощи

В сложных медицинских случаях эффективность и качество предоставляемых услуг выше в учреждениях, предоставляющих данную услугу в больших объемах. Перечисленные ниже вопросы направлены на изучение роли и обязанностей на последующих уровнях оказания помощи при лечении сложных случаев.

1. Существует ли в письменном виде четко сформулированный план, в котором обозначена роль каждого из последующих уровней помощи (например, район, область, провинция)? Как осуществляется контроль за выполнением этого плана? Имеется ли в министерстве здравоохранения специальный сотрудник или отдел, отвечающий за реализацию плана?
2. Каким образом в плане предусматривается лечение острых состояний при сердечно-сосудистых заболеваниях, таких как инфаркты миокарда и инсульты? Установлены ли какие-либо минимальные требования для стационаров по лечению таких случаев? Должны ли в больницах быть специальные отделения или персонал для лечения таких случаев? Регистрируется ли число таких случаев, которые больницы фактически пролечивают, указывается ли оно в отчетности или каким-то образом отслеживается?
3. Как применяется данный план в отношении скрининга на раковые заболевания и их лечения? Установлены ли какие-либо минимальные требования для больниц по лечению случаев рака? Регистрируется ли число таких случаев, которые больницы фактически пролечивают, указывается ли оно в отчетности или как-либо отслеживается?

4. Существует ли национальный план борьбы с онкологическими заболеваниями, в котором четко указано, какие виды случаев должны лечиться в тех или иных лечебных учреждениях? Связаны ли специализированные центры с медицинскими учебными заведениями?
5. Имеются ли механизмы, обеспечивающие справедливый доступ к лечебным учреждениям, такие как пособия на оплату транспортных расходов или помощь с жильем для пациентов и их родственников? Какие имеются фактические данные (официальные или неофициальные) о справедливости или несправедливости в отношении доступа к специализированной помощи? В какой степени доступ зависит от личных связей, влияния, доходов или других немедицинских факторов?
6. Существуют ли четко сформулированные методические указания о том, когда нужно прекращать лечение или не проводить лечения? Существует ли организованная программа оказания паллиативной помощи, которая предлагается пациентам в таких случаях?
7. Сколько больниц предоставляют неотложную помощь круглосуточно? Существует ли система подготовки и обеспечения кадров для таких учреждений, в основе которой лежит официально признанная специализация в области оказания экстренной медицинской помощи?
8. Существует ли в стране государственная система оказания скорой медицинской помощи? На каком уровне она организована и финансируется: на местном, региональном или национальном? Существует ли официальный план организации и предоставления экстренных медицинских услуг? Существуют ли какие-либо стандарты в отношении транспортных средств или стандарты в отношении подготовки персонала?
9. Имеются ли в наличии данные (например, время прибытия по вызову) по эффективности работы службы скорой помощи? Какой процент пациентов с неотложным состоянием или пострадавших в результате несчастных случаев доставляется этой системой по сравнению с частным транспортом, такси и т.д. Ведется ли учет того, какая часть парка машин имеется в наличии в настоящий момент, а также машин в неисправном состоянии, находящихся в ремонте.

Барьер 8. Создание правильных систем стимулирования

Для того, чтобы гарантировать предоставление основных услуг и вмешательств, нужно, чтобы системы стимулирования были приведены в соответствие на всех уровнях оказания помощи в системе здравоохранения, вне системы здравоохранения и на стороне потребителей. Перечисленные ниже вопросы позволяют изучить, какие механизмы стимулирования применяются в данный момент, как они влияют на поведение действующих субъектов в системе и какие последствия это может иметь для предоставления или потребления основных вмешательств и услуг.

1. Поддерживает ли метод финансирования системы здравоохранения проведение мероприятий по профилактике НИЗ на уровне населения

(например, борьба против табака и вредного употребления алкоголя, изменение состава пищевых продуктов), или же создает отрицательные стимулы?

2. Способствует ли метод финансирования системы здравоохранения вложениям в комплексную и доступную для всех первичную медико-санитарную помощь? Обеспечивают ли механизмы оплаты поставщиков услуг необходимые стимулы для предоставления основных услуг в области НИЗ? В частности, существуют ли какие-либо отдельные механизмы оплаты за услуги или оплаты по результатам работы, чтобы поощрять медработников за скрининг и ведение болезни?
3. Способствуют ли системы стимулирования стремлению поставщиков помощи к справедливому охвату пациентов в разных социально-экономических и этнических группах? Существует ли вероятность того, что система стимулирования может привести к усилению несправедливости, заставляя поставщиков помощи отказываться от затраты дополнительных усилий или времени для работы с труднодоступными группами?
4. Содержит ли в себе система оплаты какие-либо ложные стимулы, подрывающие качество помощи при НИЗ (например, стимулы, способствующие необоснованной госпитализации или сокращению времени приема у врача или заставляющие отказываться от скрининга)?
5. Существуют ли финансовые или нефинансовые стимулы для проведения работы по просвещению и консультированию пациентов в отношении факторов риска НИЗ и изменения поведения в отношении собственного здоровья? Существуют ли финансовые механизмы поддержки и развития взаимного обучения среди лиц равного статуса и создания групп поддержки при основных патологических состояниях?
6. Существуют ли финансовые механизмы, позволяющие связать предоставление медицинских услуг с деятельностью по охвату лиц с хроническими заболеваниями, особенно с инвалидностью, обусловленной НИЗ, и оказанию им социальной помощи?
7. Существуют ли какие-либо материальные стимулы (или льготы нефинансового характера) на стороне потребления для пациентов, способствующие соблюдению назначенного режима лечения ими?

Барьер 9. Интеграция доказательств в клиническую практику

Многие исследования, проведенные за последние 30 лет, показали, что существуют большие различия в клинической практике врачей, многие из них не придерживаются руководств, разработанных на доказательной основе. Приведенные ниже вопросы нацелены на изучение механизмов внедрения доказательств в клиническую практику.

1. Существует ли в стране структурный процесс разработки клинических руководств и протоколов, и основаны ли они на доказательствах передовой международной практики?

2. В какой степени исчерпывающими являются руководства и протоколы, утвержденные для оказания основных услуг, перечисленных в таблице 4? Найдите, пожалуйста, копии некоторых из них для последующего изучения и использования в качестве иллюстрации.
3. Какое подразделение отвечает за разработку руководств, и какие правила или процессы соблюдаются при этом? Какая у него структура управления, и какую роль в этом процессе играют (если играют) группы с разными интересами? Проводятся ли официальные публичные слушания, и есть ли возможности для вовлечения общественности в процесс разработки? Должно ли это подразделение в четкой форме обосновывать свои решения? Имеется ли в подразделении соответствующий персонал, чтобы своевременно разрабатывать и пересматривать руководства?
4. Каков порядок распространения новых руководств, обучения поставщиков помощи и контроля за тем, чтобы поставщики помощи соблюдали положения руководств?
5. Каким образом новые руководства интегрируются (если интегрируются) в процесс профессиональной подготовки медицинских работников и непрерывного образования? В частности, существуют ли какие-либо требования в отношении непрерывного образования? Как обеспечивается (если обеспечивается) соблюдение таких требований? Какое подразделение в структуре правительства отвечает за выполнение этой функции? Кто на практике проводит обучение? Какую роль играют фармацевтические компании в непрерывном повышении квалификации?
6. Имеют ли место процессы повышения качества на уровне лечебных учреждений (не в качестве пилотирования), позволяющие усилить влияние руководств? Существуют ли на уровне выше, чем лечебное учреждение, какие-либо процессы гарантии качества, обеспечивающие контроль за соблюдением руководств?
7. Проводится ли оценка соответствия и целесообразности клинической практики или показателей работы поставщиков помощи на постоянной основе?
8. Существуют ли какие-либо препятствия, мешающие доступу к международной доказательной базе, такие как языковой барьер или профессиональные подходы?

Барьер 10. Решение кадровых проблем

На способность системы здравоохранения принимать эффективные меры в ответ на проблему НИЗ большое влияние оказывают качество, распределение и подготовка кадровых ресурсов. НИЗ требуют иного подхода, нежели другие заболевания, при них возникают постоянные и продолжительные взаимоотношения между пациентами и поставщиками помощи, и у людей создается мотивация к изменению своего поведения. Приведенные ниже вопросы направлены на то, чтобы изучить распределение и профессиональный состав кадровых ресурсов, а также способность государства эффективно планировать и совершенствовать модели кадрового обеспечения.

1. Какой кадровый потенциал имеется у министерства здравоохранения для оценки потребностей населения в медицинской помощи, планирования в области здравоохранения, оценки потребностей здравоохранения, мониторинга и определения приоритетов в области НИЗ? Какой кадровый потенциал имеется у информационной системы здравоохранения (ИСЗ) для мониторинга и оценки факторов риска, услуг и показателей по НИЗ, включая способность дезагрегировать информацию по таким социально-экономическим параметрам, как уровень доходов, этническая принадлежность, пол и место жительства?
2. Отражает ли соотношение кадров здравоохранения бремя заболеваний и соответствует ли оно тому, что необходимо для профилактики и контроля НИЗ (профилактика и лечение; персонал, работающий по НИЗ и персонал, работающий по инфекционным заболеваниям в службе общественного здравоохранения; врачи и медицинские сестры; врачи первичного звена и узкие специалисты и т.д.)?
3. Сколько штатных единиц медицинских работников являются вакантными в государственном секторе?
 - a. Где наблюдаются самые серьезные проблемы кадрового обеспечения: в городах или в сельской местности? Каким образом кадры направляются для работы в конкретную местность или назначаются на определенную должность? В какой мере на этот процесс влияют академическая успеваемость, личные связи или неформальные платежи?
 - b. Каких специалистов не хватает больше всего (врачи первичного звена, фармацевты, медсестры, специалисты в области информационных технологий и проч.)?
 - c. В какой степени дефицит кадров является результатом ограниченного выпуска подготовленных кадров в стране, эмиграции квалифицированного персонала, перехода в частный сектор, выхода из профессии и т.д.?
 - d. Существует ли в министерстве здравоохранения подразделение, контролирующее вопросы, связанные с кадровыми ресурсами здравоохранения? Достоверно ли оценивает оно имеющийся резерв кадровых ресурсов и ежегодный приток и отток кадров?
4. Какие меры принимались в последние годы (если принимались) по расширению возможностей подготовки кадров или по изменению содержания обучения, чтобы устранить дефицит кадров? В частности, предпринимались ли усилия по увеличению выпуска специалистов первичного звена (врачей, медсестер и т.д.) или по увеличению академических часов, посвященных НИЗ, навыкам обучения пациентов и т.д.?
5. Имеются ли специальные программы, стимулирующие кадры к переезду в сельские районы? Что это за программы? Предусмотрены ли надбавки за работу в определенной местности, преимущества в доступе к специализированной подготовке, жилищные субсидии или пособия на покрытие транспортных расходов или государственное распределение на работу в обязательном порядке? Проводилась ли оценка результатов таких программ и, если проводилась, каковы они?

6. Делались ли попытки передачи части функций более низкой категории работников (т.е. использование поставщиков помощи с более низким уровнем подготовки) для улучшения предоставления помощи в сельских районах? Если да, какие инициативы были предприняты в этой связи, и каково было их влияние?
7. Каково качество программы медицинского образования с точки зрения получения студентами общего образования, ориентированного на формирование компетенций?
8. Каково качество, продолжительность и содержание обучения в интернатуре и ординатуре для подготовки поставщиков первичной медико-санитарной помощи и узких специалистов, чтобы удовлетворять нынешние потребности в городах и сельских районах?
9. Имеют ли поставщики первичной медико-санитарной помощи и узкие специалисты доступ к качественной профессиональной подготовке? Как это связано с НИЗ?
10. Какой уровень подготовки получают медицинские работники в области популяционных аспектов НИЗ, неравенств в отношении здоровья и социальных детерминант НИЗ? Какие меры принимаются для того, чтобы у медицинских работников были навыки межкультурной и гендерной чуткости?
11. В какой мере предпринимаются усилия (если предпринимаются) к тому, чтобы набирать кандидатов на учебу из числа сельских жителей или национальных меньшинств? Какие меры были предприняты для того, чтобы сохранить этих кандидатов на всем протяжении обучения и затем в составе работающих кадров? Сколько кандидатов было набрано, и вернулись ли они после окончания учебы работать в родные места?

Барьер 11. Улучшение доступа к качественным лекарственным средствам для лечения НИЗ

При ведении хронических НИЗ обычно требуется, чтобы пациенты принимали назначенные им лекарственные средства регулярно и в течение длительного времени. Однако доступ к качественным лекарственным средствам может нарушаться из-за ограничений и недостатков в системе лекарственного обеспечения и финансирования. Перечисленные ниже вопросы направлены на изучение механизмов, обеспечивающих доступ к качественным лекарственным средствам.

1. Как, в целом, пациенты приобретают лекарственные препараты для лечения НИЗ? Лекарства назначаются врачом, покупаются или же выдаются медицинскими работниками в учреждениях, предоставляющих услуги? Вводятся ли рецепты в базу данных, где их можно анализировать? Каковы законодательные ограничения на продажу лекарств без рецепта? В какой мере обеспечивается соблюдение этих ограничений? Какой процент лекарственных средств поступает через государственный или частный сектор?

2. В какой степени обеспечение лекарственными средствами для лечения НИЗ и их назначение врачом отражает стандарты, основанные на доказательствах? Используются ли генерики в конкретных фармацевтических продуктах, предоставляемых государственным сектором или финансируемых системами страхования? Существуют ли какие-либо правила, требующие назначать генерики или оговаривающие возможность отпускать альтернативные генерики по рецептам на патентованные наименования? Если имеются какие-либо данные о продажах и распределении с разбивкой по продуктам, применяемым в лечении НИЗ (контроль содержания сахара, липидов в крови), найдите, пожалуйста, их копии. Если имеются только расчетные данные, укажите их, пожалуйста.
3. Как осуществляется финансирование лекарственных средств, предназначенных для амбулаторных больных? Покрываются ли они страховкой? Если они предоставляются через государственный сектор, то какой при этом уровень сооплаты? Имеются ли данные о том, какой процент стоимости лекарственных средств оплачивается из кармана больного? Существуют ли официальные или неофициальные данные о том, что пациенты не принимали необходимые лекарства по финансовым причинам?
4. Насколько развита конкуренция цен в частном секторе на уровне оптовых и розничных продаж? Приводит ли конкуренция к доступным ценам в реальности? Как выглядят розничные цены в сравнении с ценами на региональном или мировом уровне? Осуществляется ли мониторинг цен на фармацевтические продукты? Осуществляется ли регулирование цен или ценовых пределов на фармацевтические продукты?
5. Существуют ли какие-либо проблемы с наличием лекарственных средств для лечения и ведения основных НИЗ, особенно в сельских районах? Имеются ли проблемы в цепи поставок на уровне розничной продажи в государственном или в частном секторе? В частности, какова официально регистрируемая частота случаев полного освоения запасов в государственных учреждениях? Предпринимались ли государством какие-либо меры по улучшению системы снабжения в государственном секторе, и каков результат этих усилий?
6. Существуют ли препятствия процедурно-бюрократического характера, мешающие справедливому доступу к лекарственным средствам от НИЗ (например, излишние ограничения в отношении того, какие поставщики могут поставлять те или иные лекарственные средства, или в отношении того, в каком количестве могут быть отпущены ЛС за один раз)?
7. Насколько эффективен процесс закупки лекарственных средств для государственного сектора? Какое ведомство отвечает за наличие и соблюдение надлежащих стандартов и как оно отчитывается за это? Насколько прозрачен процесс проведения торгов и какая его часть осуществляется по электронным каналам с публичной отчетностью? Насколько цены соответствуют наиболее приемлемым мировым ценам?
8. Какое ведомство отвечает за качество лекарственных средств в стране? Кто проводит проверку качества и насколько хорошо соответствующие учреждения и их персонал обеспечены всем необходимым? Какой процент импортируемых лекарственных средств подвергается проверке? Имеется

- ли местная фармацевтическая промышленность, и какова эффективность контроля за качеством на ее предприятиях?
9. Проводились ли какие-либо исследования по изучению распространенности некачественных и контрафактных лекарственных средств и, если проводились, что они показали? Имеется ли государственная программа по противодействию потоку таких лекарственных средств и, если имеется, каково ее влияние?
 10. Каков обычный уровень образования продавцов розничных лекарственных средств в городах и в сельской местности? Предусмотрено ли лицензирование точек розничной торговли, и должны ли их владельцы проходить специальную подготовку? Принимаются ли меры по обеспечению соблюдения этих требований, особенно в сельских районах?

Барьер 12. Совершенствование управления системами здравоохранения

Для того, чтобы эффективно осуществлять вмешательства и предоставлять услуги высокого качества на всех уровнях системы здравоохранения, важнейшее значение имеет сильное управление. Перечисленные ниже вопросы направлены на изучение механизмов совершенствования управления на всех уровнях в целях повышения эффективности и качества вмешательств и услуг.

1. Каков процесс назначения руководителей лечебных учреждений? Кто принимает решения о назначении и на основании каких процессов и какой информации это делается? Какие предлагаются стимулы или какое давление оказывается на людей, принимающих решения о назначении, когда они выбирают кандидатов?
2. Стало ли “управление здравоохранением” профессией? Кто (с точки зрения подготовки, возраста, прежнего опыта работы) обычно занимает руководящие должности в первичном, вторичном и третичном звене медико-санитарной помощи? В частности, каков их уровень подготовки и опыта работы в области управления? Существуют ли какие-либо требования в отношении наличия формального образования в области управления, предъявляемые к лицам, занимающим такие должности?
3. Каков круг полномочий и ответственности руководителей различных уровней в отношении приема на работу и увольнения работников, проведения закупок, заключения договоров, организации клинических услуг, повышения качества и совершенствования процесса, обеспечения соблюдения практикующими врачами клинических руководств и алгоритмов оказания помощи и т.д.?
4. Какие материальные и нематериальные стимулы имеются у руководителей? Предусмотрены ли какие-либо денежные вознаграждения за достигнутые результаты работы? Существуют ли какие-либо системы поощрения или карьерного роста в сфере управления, основанные на достигнутых показателях работы?
5. Кому подчиняются руководители учреждений различного уровня? Являются ли сами “руководители руководителей” подготовленными и опытными

управленцами? Какую информацию обычно получают эти “руководители руководителей” для оценки работы руководителей учреждений? В какой степени руководители несут ответственность за показатели деятельности лечебного учреждения по предоставлению помощи при НИЗ? Какие стимулы имеются у “руководителей руководителей” (если имеются) для того, чтобы добиваться улучшений в предоставлении медико-санитарной помощи?

6. Какие отчеты получают “руководители руководителей” (если получают) в установленном порядке о деятельности лечебных учреждений и с какой периодичностью? В каком формате представляются эти отчеты: на бумаге или в электронном виде, и имеется ли стандартная форма отчетности? Какой персонал имеется у “руководителей руководителей” для выполнения анализа этих отчетов? Оцениваются ли на уровне формирования политики собранные данные о НИЗ и показателях деятельности учреждений? Как используются показатели деятельности учреждений при формировании национальной политики?
7. Существует ли система мониторинга и вознаграждения лечебных учреждений и индивидуальных практикующих медицинских работников за достигнутое ими качество лечения и услуг? Представляются ли в обычном порядке отчеты и проводятся ли плановые оценки, касающиеся таких показателей деятельности? Если да, к кому они поступают? Проводятся ли исследования по изучению уровня удовлетворенности пациентов услугами ПМСП и скрининга? Что показывают эти исследования?
8. Есть ли какие-либо особенности системы управления в целом, влияющие на то, в какой степени руководители отвечают за повышение качества помощи при НИЗ (и имеют необходимые для этого полномочия) в таких аспектах, как непрерывность и преемственность помощи, правильность назначения лечения и обучение пациентов?

Барьер 13. Создание соответствующих информационных систем

Для того, чтобы ответные меры системы здравоохранения на бремя НИЗ были адекватны, своевременны и экономически эффективны, ключевое значение имеет информация о деятельности на всех ее уровнях. Перечисленные ниже вопросы направлены на изучение полезности информационных систем для планирования, реализации и мониторинга таких ответных мер.

1. Из какого источника поступают данные по НИЗ? Точно ли составляется свидетельство о смерти, имеет ли оно единый образец, и точно ли в свидетельстве о смерти указываются социально-экономические данные (например, этническая принадлежность)? Проводятся ли стандартизированные общенациональные обследования населения на рутинной основе, или имеются ли в наличии данные, касающиеся факторов риска НИЗ, использования медицинских услуг и показателей по НИЗ? Можно ли привести данные об использовании медицинских услуг в связи с НИЗ и показатели по НИЗ к знаменателю населения?
2. Можно ли дезагрегировать данные о факторах риска НИЗ, использовании услуг и результатах здоровья по основным параметрам справедливости

(например, по социально-экономическому статусу, полу, этнической принадлежности, месту жительства)? Применяется ли один и тот же метод в отношении всех источников данных и предпринимаются ли рутинные меры контроля качества для того, чтобы собираемые данные были полными и точными?

3. Проводится ли на рутинной основе анализ данных о факторах риска НИЗ, использования медицинских услуг и последствиях НИЗ, чтобы оценить тенденции в охвате населения? Публикуются ли результаты анализа? Сообщается ли о них на территориальном уровне и сообщается ли о результатах в разных социально-экономических группах? Существует ли механизм для учета такой информации в процессе пересмотра объемов финансирования, стратегий и планов в области здравоохранения?
4. Имеются ли информационные системы, облегчающие для работников первичного звена медико-санитарной помощи задачу ведения хронических патологических состояний, такие как а) системы телефонных звонков с автоматическим напоминанием пациентам о явке на прием для осмотра или скрининга и б) истории болезни, облегчающие стратификацию рисков и планирование лечения? Какие компьютерные системы и возможности доступа в Интернет, как правило, имеются на разных уровнях в учреждении, и насколько хорошо персонал владеет ими?
5. Имеются ли такие информационные системы, которые позволяют координировать помощь на всех уровнях и обеспечивают возможность перемещения данных при сохранении конфиденциальности данных пациента?
6. Есть ли такие информационные системы, которые дают возможность пациентам играть более значимую роль в управлении оказываемой им помощи, например, обеспечение доступа пациентов к медицинской документации или использование электронной почты или иных электронных средств для общения пациентов с поставщиками помощи?
7. Какие системы имеются для регистрации показателей качества клинической помощи и представления отчетности по этим показателям, особенно в отношении больных НИЗ?
8. Какие информационные системы имеются для отслеживания объемов, качества услуг и другой неклинической информации? Регистрируются и предоставляются ли "руководителям руководителей" или органам на региональных уровнях данные в едином формате о рабочих нагрузках, количестве принятых больных, продолжительности приема, времени ожидания и т.д.?
9. Какие системы существуют для учета затрат и финансового контроля? Унифицированы ли определения и категории в системах бухгалтерского учета (например, определения центров расходов и базы распределения не прямых затрат)? Какой анализ затрат проводится в плановом порядке на уровне учреждений, и какая отчетность предоставляется вышестоящим инстанциям?
10. В более крупных учреждениях существует ли порядок, в соответствии с которым руководители различных клинических отделений получают регулярные отчеты о затратах, качестве и результатах, и в какой мере они подотчетны за показатели работы своих отделений?

Барьер 14. Преодоление сопротивления переменам

Все организации сопротивляются переменам; существующее положение вещей удобно. Для того, чтобы осуществить преобразования в системах здравоохранения, необходимые для принятия эффективных ответных мер в связи с проблемой НИЗ, преобразованиями нужно управлять. Перечисленные ниже вопросы направлены на изучение существующих механизмов эффективного управления изменениями.

1. В какой степени руководители системы здравоохранения четко обозначили изменения в системе здравоохранения, включая изменения в организации и предоставлении помощи, которые, по их мнению, необходимы для улучшения показателей по НИЗ? В какой степени они разработали программы на уровне системы или лечебных учреждений для осуществления этих перемен?
2. Какие препятствия, существующие вне системы здравоохранения, ограничивают возможности добиться перемен (например, поведение международных агентств, доноров и других государственных секторов)?
3. Какую подготовку прошли руководители лечебных учреждений (если проходили) для осуществления перемен, и какая система мониторинга и поддержки существует для облегчения этой задачи?
4. Была ли какая-либо реакция на переменны со стороны заинтересованных групп внутри или за пределами системы здравоохранения? Какие были проведены переговоры, и какие информационно-разъяснительные меры были приняты для налаживания сотрудничества с ними?
5. Проводили ли руководители министерства здравоохранения какие-либо кампании по информированию общественности или мероприятия в стиле социального маркетинга для обеспечения поддержки своих планов по осуществлению перемен со стороны пациентов и граждан?

Барьер 15. Обеспечение доступа к помощи и снижение финансового бремени

Финансовые и нефинансовые барьеры в области услуг здравоохранения мешают эффективному осуществлению вмешательств и предоставлению услуг. Перечисленные ниже вопросы направлены на изучение имеющихся финансовых и нефинансовых барьеров, мешающих предоставлению помощи, и степени, в которой они оказывают воздействие на уровни охвата основными вмешательствами и услугами.

1. Проводятся ли регулярные обследования домашних хозяйств, позволяющие выявить препятствия, мешающие доступу к помощи, и финансовое бремя, которое ложится на больных? Имеется ли в этих обследованиях какая-либо конкретная связь с НИЗ или факторами риска НИЗ? Можно ли дезагрегировать препятствия для доступа к помощи и финансовое бремя по признакам социально-экономического статуса, пола, этнической принадлежности и по другим переменным, представляющим интерес с точки зрения справедливости?

2. Объединив данные из административных источников об использовании услуг здравоохранения с данными обследований домашних хозяйств, оцените уровень использования первичной медико-санитарной помощью в целом, по регионам, по квинтилям доходов и по другим социально-экономическим параметрам. Можно ли проанализировать охват основными индивидуальными услугами – такими как контроль артериальной гипертензии, вакцинация против вируса гепатита В и скрининг на рак шейки матки – в зависимости от социально-экономического статуса? Соответствуют ли показатели охвата ожиданиям, основанным на средних показателях по региону и исторически сложившихся тенденциях? Есть ли отдельные группы, где уровни использования, особенно использования первичной медико-санитарной помощи, оказались неожиданно низкими в сопоставлении с риском, которому подвергаются эти группы (например, мужчины в возрасте 45-60 лет)? Сообщается ли в обследовании о препятствиях, мешающих пользоваться помощью, когда она требуется, и что это за препятствия? (Обычно это формулируется следующим образом: “Отказывались ли вы от обращения за медико-санитарной помощью, когда она была вам нужна?”, а затем задается вопрос “Почему?” и предоставляется выбор из нескольких вариантов ответа).
3. Можно ли оценить показатели госпитализации, обусловленные конкретными причинами? Подумайте о сравнении показателей использования стационарной помощи по причинам, обусловленным НИЗ, с такими же показателями в других подобных странах и оцените их в свете бремени болезней. Можно ли оценить показатели госпитализации по поводу таких патологических состояний, как артериальная гипертензия или астма, которые будут свидетельствовать о слабом первичном звене медико-санитарной помощи?
4. Исходя из результатов обследований домашних хозяйств, насколько высок в стране уровень платежей наличными из собственного кармана (ПН)? (Покажите уровень ПН в абсолютном выражении, относительно суммарных расходов на здравоохранение и относительно доходов домашних хозяйств; укажите национальные средние значения и результаты анализа по квинтилям доходов). Если есть, приведите данные о частоте случаев катастрофических и обедняющих расходов и об их причинах. Какова доля расходов на ЛС на уровне ПМСП, стационаров и амбулаторной помощи в платежах наличными из собственного кармана?
5. Какая связь существует между платежами и использованием основных услуг по НИЗ? Существуют ли официальные или неофициальные платежи, сдерживающие использование основных услуг по НИЗ, в т.ч. по диагностике и последующему наблюдению у врача? Мешает ли система взимания платы за услуги формированию постоянных, регулярно поддерживаемых отношений между больными хроническими заболеваниями и поставщиками помощи?
6. Проанализируйте цены на основные лекарственные средства для лечения НИЗ (см. также барьер 11) и их доступность. Как ценовая доступность лекарственных средств влияет на соблюдение предписанного режима медикаментозного лечения? Как смягчается это влияние благодаря качеству генериков и склонности к использованию патентованных препаратов?

Связь основных вмешательств и услуг с описанными выше пятнадцатью барьерами

Оценки ситуации в стране должны привести к ясному пониманию того, какие основные вмешательства и услуги не предоставляются в достаточных объемах, и должны увязать существующую модель охвата с определенным рядом барьеров, стоящих перед системой здравоохранения, с указанием их приоритетности. И наоборот, широкий охват должен быть увязан со всеми пятнадцатью характерными особенностями системы здравоохранения, чтобы определить, какие факторы в наибольшей степени способствовали достижению такого охвата. Есть целый ряд способов, с помощью которых группы по проведению оценки ситуации в стране могут увязать анализ охвата основными вмешательствами и услугами (раздел 2) с анализом барьеров и возможностей систем здравоохранения (раздел 3).

Группы по проведению оценок в странах могут выбрать структурированный подход по восходящей линии. Для этого напротив каждого барьера системы здравоохранения потребуется перечислить все основные услуги с умеренной или ограниченной степенью охвата и оценить, насколько характерен каждый барьер для предоставления каждой основной услуги. В Приложениях 4 и 5 приводятся матрицы, которые можно использовать в качестве вопросников для такой оценки и ранжирования, соответственно, вмешательств на уровне населения и индивидуальных услуг. Такой подход использовался в четырех из пяти проведенных на сегодняшний день оценок ситуации в странах и был признан полезным как механизм определения приоритетности тех особенностей системы здравоохранения, которые самым серьезным образом подрывают охват основными вмешательствами и услугами.

Для оценки характерных особенностей барьеров, возникающих перед системой здравоохранения, может быть использована описанная ниже шкала.

- **Незначительный барьер.** Данный барьер не мешает осуществлению основных вмешательств и предоставлению услуг или уже полностью преодолен.
- **Умеренный барьер.** Данный барьер оказывает умеренное воздействие на осуществление основных вмешательств и предоставление основных услуг. В стране уже найдены способы его преодоления, или имеются для этого твердо намеченные планы.
- **Серьезный барьер.** Данный барьер оказывает значительное негативное воздействие на предоставление основных вмешательств и услуг. В стране с трудом удастся найти правильные пути его преодоления, или выбранные пути не дали результата.
- **Серьезный и устойчиво сохраняющийся барьер.** Это системная проблема, которая упорно сохраняется на повестке дня в области реформирования системы здравоохранения, и в стране не нашли долгосрочного и осуществимого решения, или много раз не удавалось его осуществить.

Суммы баллов в последнем ряду каждой матрицы дают представление о том, какие препятствия больше всего подрывают предоставление основных услуг. Эта оценка с помощью матрицы должна представлять собой повторяющийся процесс с участием должностных лиц министерства здравоохранения и других заинтересованных сторон. В идеале, необходимо стремиться к взвешенности в ранжировании препятствий, иначе в итоге все 15 барьеров могут оказаться серьезными и устойчиво сохраняющимися.

Эти же действия можно повторить в отношении вмешательств и услуг, охват которыми был признан широким, чтобы выяснить, какие особенности системы здравоохранения благоприятствовали такому достижению. Для этого легко можно адаптировать вопросники, предназначенные для оценки барьеров.



4. Инновации и надлежащая практика

В данном разделе оценки ситуации в стране группа по проведению оценки рассмотрит два или три примера надлежащей практики или инноваций, которые помогли стране справиться с барьерами, ранее считавшиеся серьезными и устойчиво сохраняющимися. Акцент здесь нужно сделать на подробном представлении нескольких инноваций и на уроках и выводах, полученных при их внедрении. Ниже перечислены некоторые конкретные вопросы, которым нужно уделить внимание.

- Опишите инновацию: что было сделано, в какие сроки и при каком уровне обеспеченности ресурсами?
- Оцените влияние этой инновации на поведение населения или медицинских работников и ее потенциальное воздействие на показатели по НИЗ. Опишите, почему была выбрана именно эта стратегия, и приведите доказательства ее эффективности.
- Какие факторы способствовали или препятствовали ее внедрению?
- Какие можно извлечь уроки и сделать выводы, которые могли бы принять к сведению другие страны?



5. Рекомендации по вопросам политики

В заключение группа по проведению оценки должна представить на рассмотрение страны рекомендации, в которых учитываются конкретные условия в этой стране и которые могут быть реализованы на практике для того, чтобы преодолеть стоящие перед ее системой здравоохранения препятствия, улучшить предоставление основных услуг и показатели по НИЗ.

- Рекомендации должны быть максимально тесно увязаны с выявленными барьерами, стоящими перед системой здравоохранения, которые мешают предоставлению основных услуг. В этих рекомендациях должно быть ясно сформулировано, каким образом предлагаемые стратегии или направления политики позволят устранить препятствия, как это приведет к улучшениям в предоставлении основных услуг и осуществлении основных вмешательств, и каким образом будут улучшены показатели по НИЗ.
- Рекомендации должны быть основаны на фактических данных международного уровня, но в них должна полностью учитываться специфика условий в стране. Эти рекомендации будут использованы при разработке проектов национальных планов действий по профилактике НИЗ и борьбе с ними, а также в разделах, посвященных НИЗ, в программах укрепления системы здравоохранения. Поэтому для того, чтобы рекомендации были приняты и реализованы, главным требованием является учет в них специфических условий в стране.
- При формулировании рекомендаций, касающихся серьезных барьеров и серьезных устойчиво сохраняющихся барьеров, необходимо классифицировать рекомендации как краткосрочные, среднесрочные и долгосрочные, уделяя внимание последовательности в их реализации. Возможно, понадобится отметить в качестве благоприятствующих или сдерживающих факторов несколько сценариев типа “что, если”.
- Рекомендации должны быть практическими и осуществимыми с указанием сроков их выполнения.



Библиография

- ¹ План действий по реализации Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями, 2012–2016 гг. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011 г.
- ² Stuckler D, Basu S, McKee M. Drivers of inequalities in Millennium Development Goal progress: a statistical analysis. PLoS Med. 2010; 7: e1000241.
- ³ Доклад о ситуации в области неинфекционных заболеваний в мире, 2010 г. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2011 г.
- ⁴ Beaglehole R et al. Priority actions for the NCD crisis. Lancet, 2011; 377:1438-47.
- ⁵ Глобальный план действий по профилактике и контролю неинфекционных заболеваний на 2013-2020 гг. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2013 г.
- ⁶ Ориентировать системы здравоохранения на нужды людей – инновационный подход к улучшению здоровья. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 г.
- ⁷ Roberts MJ, Stevenson MA. Better Noncommunicable Disease Outcomes: Fifteen Challenges and Opportunities for Health Systems. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2014 (готовится к печати).
- ⁸ Глобальный план действий по профилактике и контролю неинфекционных заболеваний на 2013-2020 гг. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2013 г.
- ⁹ Глобальный план действий по профилактике и контролю неинфекционных заболеваний на 2013-2020 гг. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2013 г.
- ¹⁰ Roberts MJ, Stevenson MA. Better Noncommunicable Disease Outcomes: Fifteen Challenges and Opportunities for Health Systems. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2014 (готовится к печати).



Приложение 1. Подгруппы стран

Подгруппы стран, обозначенные в данном руководстве, отражают подгруппы, которые определены в базе данных “Здоровье для всех”:

- ЕС-15: пятнадцать государств-членов, которые входили в состав Европейского союза (ЕС) до 1 мая 2004 г.: Австрия, Бельгия, Дания, Германия, Греция, Ирландия, Испания, Италия, Люксембург, Нидерланды, Португалия, Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии, Швеция, Финляндия и Франция.
- ЕС-12: двенадцать новых государств-членов, которые вступили в ЕС в мае 2004 г. или в январе 2007 г.: Болгария, Венгрия, Кипр, Латвия, Литва, Мальта, Польша, Румыния, Словакия, Словения, Чешская Республика и Эстония.
- СНГ (Содружество Независимых Государств до 2006 г.): Азербайджан, Армения, Беларусь, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Республика Молдова, Российская Федерация, Таджикистан, Туркменистан, Узбекистан и Украина.



Приложение 2. Критерии оценки охвата вмешательств на уровне населения

	Балл страны	Ограниченный	Умеренный	Широкий
Ряд вмешательств по борьбе с курением				
Повышение налогов на табачные изделия		Налог ниже 25% розничной цены	Налог составляет от 25% до 75% розничной цены	Налог выше 75% розничной цены
Создание среды, свободной от табачного дыма		Среда, на 100% свободная от табачного дыма, введена только в школах и больницах	Среда, на 100% свободная от табачного дыма, введена в школах, больницах, вузах, в общественном транспорте и на местах работы людей	Среда, на 100% свободная от табачного дыма, введена во всех общественных местах, включая ресторанно-гостиничный сектор
Предупреждения об опасностях, создаваемых табаком и табачным дымом		На табачные изделия требуется наносить этикетки с предупреждением, их размер не указывается	Этикетки с предупреждением на всех табачных изделиях занимают не менее 30% размера пачки (на передней и задней стороне)	Этикетки с предупреждением занимают более 50% размера пачки (на передней и задней стороне), с графическими изображениями (стандартная упаковка)
Запреты на рекламу, стимулирование продаж, спонсорство		Запрет отсутствует или запрет только на национальном ТВ, радио и в печати	Запрет на прямую и скрытую рекламу и стимулирование продаж	Запрет на всякую рекламу и стимулирование продаж, в том числе в торговых точках; реально обеспечивается исполнение запрета
<i>Телефонные службы помощи в прекращении курения и никотиновая заместительная терапия (НЗТ)*</i>		Телефонных служб помощи или финансируемых государством услуг по содействию в прекращении курения нет, но НЗТ разрешается и доступна при полной оплате стоимости самими пользователями	Телефонные службы помощи, финансируемые государством услуги по содействию в прекращении курения имеются (возможно, на платной основе). НЗТ доступна полностью на платной основе	Телефонные службы помощи без оплаты звонков, услуги по содействию в прекращении курения и НЗТ доступны и приемлемы по стоимости (покрываются хотя бы частично)
Вмешательства по предупреждению злоупотребления алкоголем				
Повышение налогов на алкоголь		Налоги на алкоголь изменяются вместе с изменением индекса цен	Налоги на алкоголь изменяются вместе с изменением индекса цен; специальные налоги на продукцию, привлекающую для молодежи	Налоги на алкоголь изменяются вместе с изменением индекса цен и связаны с содержанием спирта; специальные налоги на продукцию, привлекающую для молодежи
Ограничения, запреты на рекламу и стимулирование продаж		Существует система регулирования, позволяющая регулировать содержание и объем рекламы алкоголя	Существует система регулирования, позволяющая регулировать содержание и объем рекламы алкоголя, включая прямую и косвенную рекламу и спонсорство	Полный запрет на рекламу алкоголя любого рода
Ограничение наличия алкоголя в розничном секторе		Система регулирования продажи/подачи алкоголя в государственных учреждениях и учебных заведениях	Система регулирования продажи/подачи алкоголя в государственных учреждениях и запрет на продажу/подачу алкоголя в учебных заведениях	Все государственные учреждения и учебные заведения свободны от алкоголя

Регулирование и обеспечение соблюдения минимального возраста, дающего право на покупку спиртных напитков*	Минимальный возраст, дающий право покупать все спиртные напитки, составляет 18 лет	Минимальный возраст, дающий право покупать все спиртные напитки, составляет 18 лет, и его соблюдение реально обеспечивается;	Минимальный возраст, дающий право покупать все спиртные напитки, составляет 18 лет, и его соблюдение реально обеспечивается; если выявляется нарушение закона, лицензия на продажу алкоголя отзывается
Установление уровня алкоголя в крови, при котором допускается управление транспортным средством*	Максимальное содержание алкоголя в крови 0,5 г/л	Максимальное содержание алкоголя в крови 0,5 г/л и ноль для начинающих и профессиональных водителей	Максимальное содержание алкоголя в крови 0,2 г/л и ноль для начинающих и профессиональных водителей
Вмешательства, направленные на улучшение режима питания и повышение физической активности			
Снижение потребления соли и содержания соли в пищевых продуктах	Снижение потребления соли за последние 10 лет < 10%	Снижение потребления соли за последние 10 лет примерно на 10%	Снижение потребления соли за последние 10 лет > 10%
Практическое исключение транс-жирных кислот из состава пищевых продуктов	Данных о значительном снижении содержания транс-жирных кислот в составе пищевых продуктов нет	Содержание транс-жирных кислот уменьшилось в некоторых категориях пищевых продуктов некоторых производителей, но не во всех	Транс-жирные кислоты исключены из пищевой цепи благодаря государственными законодательным мерам и/или саморегулированию
Снижение потребления свободных сахаров*	Цель снижения потребления свободных сахаров упоминается в программных документах, но никаких мер предпринято не было	Упомянуется и частично достигнуто снижение потребления свободных сахаров на 5% в некоторых категориях пищевых продуктов	Ведется мониторинг снижения потребления свободных сахаров на 5% с акцентом на подслащенные сахаром напитки
Увеличение потребления фруктов и овощей*	Цель увеличения потребления фруктов и овощей упоминается, но данные упоминаются для поддержки ее достижения не собираются	Цель увеличения потребления фруктов и овощей согласуется с рекомендациями ВОЗ/ФАО о потреблении не менее 400 г в день и предприняты некоторые инициативы	Цель увеличения потребления фруктов и овощей согласуется с рекомендациями ВОЗ/ФАО о потреблении не менее 400 г в день, предпринимаются инициативы на уровне населения и установлены стимулы для увеличения наличия и повышения ценовой и физической доступности
Снижение воздействия рекламы пищевых продуктов и безалкогольных напитков на детей*	Реклама пищевых продуктов и напитков для детей признается проблемой, но это не проявилось в конкретных действиях в рамках инициатив, предпринятых государством	Признаны рекомендации ВОЗ в отношении рекламы и предприняты шаги в рамках саморегулирования по снижению воздействия рекламы на детей	Последовательно соблюдаются рекомендации ВОЗ в отношении рекламы и положения Системы реализации рекомендаций в отношении рекламы, включая механизм мониторинга
Повышение уровня осведомленности о режиме питания и физической активности*	Повышение квалификации кадров в области питания и физической активности не проводится; питание и физическая активность не являются приоритетами в первичном звене медико-санитарной помощи	Ведется определенная работа по повышению квалификации кадров в области питания и физической активности; питание и физическая активность начинают рассматриваться как приоритеты в первичном звене медико-санитарной помощи	Ведется работа по повышению квалификации кадров в области питания и физической активности; питание и физическая активность являются приоритетами в первичном звене медико-санитарной помощи

*Критерии в дополнение к критериям, упоминаемым в Глобальном плане действий по профилактике и контролю неинфекционных заболеваний на 2013-2020 гг. (Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2013 г.).

Приложение 3. Критерии оценки охвата индивидуальными услугами при ССЗ и диабете

	Балл страны	Ограниченный	Умеренный	Широкий
ССЗ и диабет				
Стратификация рисков в первичном звене медико-санитарной помощи		Десятилетний риск развития ССЗ документально фиксируется менее чем в 30% историй болезни пациентов старше 40 лет, подверженных как минимум одному главному фактору риска развития ССЗ; конкретные факторы риска в обычном порядке в документах не фиксируются	Десятилетний риск развития ССЗ документально фиксируется в 30-60% историй болезни пациентов старше 40 лет, подверженных как минимум одному главному фактору риска развития ССЗ. Неполное документальное отражение факторов риска или не применяется систематическая методика	Десятилетний риск развития ССЗ документально фиксируется более чем в 60% историй болезни пациентов старше 40 лет, подверженных как минимум одному главному фактору риска развития ССЗ. Применяется систематическая методика и конкретные факторы риска документально фиксируются в порядке обычной практики
Эффективное выявление и полноценное ведение артериальной гипертонии		В первичном звене медико-санитарной помощи выявляется менее 30% предполагаемых случаев повышенного артериального давления, анти-гипертензивные лекарства-генерики с научно подтвержденной эквивалентностью назначаются часто (25-75% случаев), определенные усилия по повышению уровня приверженности пациентов лечению не предпринимаются	В первичном звене выявляется 30-60% предполагаемых случаев повышенного артериального давления, анти-гипертензивные лекарства-генерики с научно подтвержденной эквивалентностью назначаются часто (25-75% случаев), определенные усилия по повышению уровня приверженности пациентов лечению предпринимаются, но не систематически	В первичном звене выявляется более 60% предполагаемых случаев повышенного артериального давления, анти-гипертензивные лекарства-генерики с научно подтвержденной эквивалентностью назначаются в порядке обычной практики (> 75% случаев); систематически предпринимаются финансируемые государством меры по повышению уровня приверженности пациентов лечению
Эффективная первичная профилактика в группах повышенного риска		Медработники, назначающие лечение, не знают о показаниях к первичной профилактике. Выявляется менее 10% пациентов с очень высоким (>30%) десятилетним риском развития ССЗ, которым назначается режим политерапии (анти-гипертензивные, ацетилсалициловая кислота и статины) для первичной профилактики. Ацетилсалициловая кислота назначается без разбора всем больным с артериальной гипертонией	Медработники, назначающие лечение, знают о показаниях к первичной профилактике посредством политерапии. Низкий охват первичной профилактикой (10-25%) пациентов с очень высоким риском, или назначаются обоснованные режимы лекарственного лечения, но очень низок уровень приверженности пациентов. Ацетилсалициловая кислота назначается без разбора всем больным с артериальной гипертонией	Режимы политерапии, включая статины, назначаются в порядке обычной практики больным с очень высоким риском развития ССЗ. Охват пациентов, входящих в группу риска, превышает 25%. Имеются подтверждения высокой степени долговременной приверженности пациентов лечению Ацетилсалициловая кислота не назначается больным с артериальной гипертонией при уровне риска развития ССЗ от низкого до среднего
Эффективная вторичная профилактика после ОИМ, включая применение ацетилсалициловой кислоты		Менее 25% больных после ОИМ получают ацетилсалициловую кислоту, бета-блокаторы и статины	25-75% больных после ОИМ получают бета-блокаторы и статины	Более 75% больных после ОИМ получают ацетилсалициловую кислоту, бета-блокаторы и статины
Экстренная и специализированная помощь после ОИМ и инсульта*		Менее 25% больных с ОИМ или инсультом получают диагноз и помощь в течение 6 часов после появления первых симптомов	25-50% больных с ОИМ или инсультом получают диагноз и помощь в течение 6 часов после появления первых симптомов	Более 50% больных с ОИМ или инсультом получают диагноз и помощь в течение 6 часов после появления первых симптомов

<p>Диабет</p> <p><i>Эффективное выявление и общее последующее наблюдение*</i></p>		<p>Регистр всех больных диабетом в возрасте 17 лет и старше создают и ведут менее 75% поставщиков первичной медико-санитарной помощи</p> <p>Показатель выявления/регистрации составляет <25%, исходя из оценки распространенности диабета 2 типа среди взрослого населения. Систематическая методика на доказательной основе для отбора бессимптомных пациентов для скрининга не применяется</p>	<p>Регистр всех больных диабетом в возрасте 17 лет и старше создают и ведут 25-75% поставщиков первичной медико-санитарной помощи</p> <p>Показатель выявления/регистрации составляет 25-50%, исходя из оценки распространенности диабета 2 типа среди взрослого населения. Систематическая методика на доказательной основе для отбора бессимптомных пациентов для скрининга применяется, но охват ограничен</p>	<p>Регистр всех больных диабетом в возрасте 17 лет и старше создают и ведут более 75% поставщиков первичной медико-санитарной помощи</p> <p>Показатель выявления/регистрации составляет более 50%, исходя из оценки распространенности диабета 2 типа среди взрослого населения. Систематическая методика на доказательной основе для отбора бессимптомных пациентов для скрининга применяется, степень охвата высока</p>
<p>Просвещение пациентов по вопросам питания и физической активности и контроль глюкозы</p>		<p>Менее 25% лиц с диагнозом диабет 2 типа за последний год обращались в первичное звено медико-санитарной помощи не менее 3 раз</p> <p>Менее 25% стоящих на учете больных диабетом получают организованные консультации по вопросам питания</p> <p>В первичном звене не дают консультаций по вопросам физической активности</p> <p>За последние 12 месяцев уровень гликированного гемоглобина измерялся менее чем у 25% стоящих на учете больных диабетом</p>	<p>25-75% лиц с диагнозом диабет 2 типа за последний год обращались в первичное звено медико-санитарной помощи не менее 3 раз</p> <p>25-75% стоящих на учете больных диабетом получают организованные консультации по вопросам питания</p> <p>В первичном звене в порядке обычной практики дают консультации по вопросам физической активности</p> <p>За последние 12 месяцев уровень гликированного гемоглобина измерялся у 25-75% стоящих на учете больных диабетом</p>	<p>Более 75% лиц с диагнозом диабет 2 типа за последний год обращались в первичное звено медико-санитарной помощи не менее 3 раз</p> <p>Более 75% стоящих на учете больных диабетом получают организованные консультации по вопросам питания</p> <p>В первичном звене в порядке обычной практики через различные партнерства даются консультации по вопросам физической активности и предлагаются варианты физической активности</p> <p>За последние 12 месяцев уровень гликированного гемоглобина измерялся более чем у 75% стоящих на учете больных диабетом</p>
<p>Контроль артериальной гипертензии у больных диабетом</p>		<p>Менее чем у 25% стоящих на учете больных диабетом артериальное давление было доведено до <140/90 ммHg; ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента (АПФ) не назначаются в порядке обычной практики в качестве анти-гипертензивного лекарственного препарата первого ряда</p>	<p>У 25-75% стоящих на учете больных диабетом артериальное давление было доведено до <140/90 ммHg; ингибиторы АПФ назначаются в порядке обычной практики в качестве анти-гипертензивного лекарственного препарата первого ряда</p>	<p>Более чем у 75% стоящих на учете больных диабетом артериальное давление было доведено до <140/90 ммHg; ингибиторы АПФ назначаются в порядке обычной практики в качестве анти-гипертензивного лекарственного препарата первого ряда</p>
<p>Профилактика осложнений</p>		<p>За последние 12 месяцев осмотр стоп, осмотр глаз (фундоскопия) и анализ мочи на белок проводился менее чем у 25% стоящих на учете больных диабетом</p>	<p>За последние 12 месяцев осмотр стоп, осмотр глаз (фундоскопия) и анализ мочи на белок проводился у 25-75% стоящих на учете больных диабетом</p>	<p>За последние 12 месяцев осмотр стоп, осмотр глаз (фундоскопия) и анализ мочи на белок проводился более чем у 75% стоящих на учете больных диабетом</p>

*Критерии в дополнение к критериям, упоминаемым в Глобальном плане действий по профилактике и контролю неинфекционных заболеваний на 2013-2020 гг. (Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2013 г.).

Приложение 4. Карта балльной оценки барьеров, с которыми сталкивается система

Балльная оценка барьеров 1. Незначительный 2. Умеренный 3. Серьезный 4. Серьезный и устойчиво сохраняющийся	1. Политическая приверженность	2. Определение приоритетов	3. Межведомственное взаимодействие	4. Расширение прав и возможностей населения	5. Модель предоставления услуг	6. Координация деятельности поставщиков
Ряд вмешательств по борьбе с курением						
Повышение налогов на табачные изделия						
Создание среды, свободной от табачного дыма						
Предупреждения об опасностях, создаваемых табаком и табачным дымом						
Запреты на рекламу, стимулирование продаж, спонсорство						
Телефонные службы помощи в прекращении курения и никотиновая заместительная терапия						
Вмешательства, направленные на улучшение режима питания и повышение физической активности						
Снижение потребления соли и содержания соли в пищевых продуктах						
Практическое исключение <i>транс</i> -жирных кислот из состава пищевых продуктов						
Снижение потребления свободных сахаров						
Увеличение потребления фруктов и овощей						
Снижение воздействия рекламы на детей						
Повышение уровня осведомленности о питании и физической активности						
Вмешательства по предупреждению злоупотребления алкоголем						
Повышение налогов на алкоголь						
Ограничения, запреты на рекламу/ стимулирование продаж						
Ограничение наличия алкоголя, продаваемого в розницу						
Регулирование и обеспечение соблюдения минимального возраста, дающего право на покупку спиртных напитков						
Установление уровня алкоголя в крови, при котором допускается управление транспортным средством						
Формирование многосекторальной политики						
Характерные особенности препятствия (сумма баллов)						

Приложение 5. Карта балльной оценки НИЗ и барьеров, с которыми сталкивается

Балльная оценка барьеров 1. Незначительный 2. Умеренный 3. Серьезный 4. Серьезный и устойчиво сохраняющийся	1. Политическая приверженность	2. Определение приоритетов	3. Межведомственное взаимодействие	4. Расширение прав и возможностей населения	5. Модель предоставления услуг	6. Координация деятельности поставщиков
ССЗ и диабет						
Стратификация рисков в первичном звене медико-санитарной помощи						
Эффективное выявление и ведение артериальной гипертензии						
Эффективная первичная профилактика в группах повышенного риска						
Эффективная вторичная профилактика после ОИМ, включая применение ацетилсалициловой кислоты						
Экстренная и специализированная помощь после ОИМ и инсульта						
Диабет						
Эффективное выявление и общее последующее наблюдение						
Просвещение пациентов и контроль глюкозы						
Контроль артериальной гипертензии у больных диабетом						
Профилактика осложнений						
Характерные свойства препятствия (сумма баллов)						



ОСНОВНЫХ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ УСЛУГ ПРИ СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

7. Регионализация	8. Стимулы	9. Интеграция доказательств в клиническую практику	10. Кадровые ресурсы	11. Доступ к качественным лекарствам	12. Управление	13. Информационные системы	14. Сопровождение переменам	15. Доступ и финансовое время



Европейское региональное бюро ВОЗ

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

Государства-члены

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



Всемирная организация здравоохранения Европейское региональное бюро

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

Тел.: +45 45 33 70 00 Факс: +45 45 33 70 01 Эл. адрес: contact@euro.who.int
Веб-сайт: www.euro.who.int