Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро

Предварительный обзор институциональных моделей выполнения основных оперативных функций общественного здравоохранения в Европе

Резюме

Настоящий информационный документ содержит обзор функционирующих в масштабах всей Европы институциональных моделей выполнения основных оперативных функций общественного здравоохранения (ОФОЗ). Задачей отчета является обосновать и дополнить Европейский план действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения. В отчете в кратком виде представлена имеющаяся информация по различным институциональным моделям осуществления ОФОЗ, приводятся также предварительные выводы относительно их сильных и слабых сторон и рекомендации по укреплению таких моделей. Он также призывает к развитию доказательной базы данных, которая внесет ясность в вопрос о том, какие именно институциональные модели или механизмы являются более результативными, чем другие, и в каких условиях.

Ключевые слова

DELIVERY OF HEALTH CARE - ORGANIZATION AND ADMINISTRATION
FINANCING, HEALTH
HEALTH MANAGEMENT AND PLANNING
HEALTH SERVICES
HEALTH POLICY
PUBLIC HEALTH ADMINISTRATION
REVIEW LITERATURE

Номер документа: WHO/EURO:2012-2214-41969-57679

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует направлять по адресу:
Publications
WHO Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen, Denmark
Кроме того, запрос на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайновом режиме на веб-сайте Регионального бюро: http://www.euro.who.int/pubrequest.

© Всемирная организация здравоохранения, 2012 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.

Содержание

стр.

Выражение благодарности iii

Резюме 1

- Цель 1
- Результаты 1
- Рекомендации 3

Введение 4

Методы 5

Результаты 6

- Исторический контекст и текущие инициативы по реформе здравоохранения 6
- Организация услуг общественного здравоохранения 8

Выводы 30

Рекомендации 32

Предварительный план будущего исследования 33

Использованные источники 34

Выражение благодарности

Настоящий отчет составлен Bernd Rechel и Martin McKee из Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, Лондонская школа гигиены и тропической медицины. Авторы хотели бы выразить признательность Jose M Martin-Moreno, Hans Kluge, Maria Ruseva, Richard Alderslade, Jo Nurse and Casimiro Dias, сотрудникам Европейского регионального бюро ВОЗ за их полезные комментарии и помощь.

Резюме

Цель

1. В отчете рассматриваются функционирующие институциональные модели выполнения основных оперативных функций общественного здравоохранения (ОФОЗ) в масштабах всей Европы. Задачей отчета является обосновать и дополнить Европейский план действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения. В отчете в кратком виде представлена имеющаяся информация по различным институциональным моделям осуществления ОФОЗ, приводятся также предварительные выводы относительно их сильных и слабых сторон и рекомендации по укреплению таких моделей. Проведено трехмерное изучение проблемы: характер организации услуг и мероприятий общественного здравоохранения, действующие механизмы их финансирования и структуры руководства общественным здравоохранением.

Результаты

2. В ходе проведения обзора наблюдались самые разнообразные формы организации выполнения ОФОЗ в различных странах Европы, что оказывает воздействие на руководство, осуществление функций и финансирование. И хотя базовая инфраструктура для предоставления услуг общественного здравоохранения на национальном, региональном и местном уровнях существует в определенной степени во всех странах, различие заключается в распределении ответственности между уровнями, что в большой степени отражает существующие превалирующие административные структуры.

3. Несмотря на по-прежнему наблюдаемые различия между странами, содержание понятия общественного здравоохранения в Европе за последние десятилетия постепенно эволюционировало от сосредоточенности на санитарном надзоре и борьбе с инфекционными болезнями до «нового» общественного здравоохранения, где все возрастающее внимание уделяется укреплению здоровья, профилактике болезней и межсекторальным действиям, включая мероприятия, выходящие за рамки системы здравоохранения. В странах посткоммунистического пространства Центральной, Восточной и Юго-Восточной Европы во многих случаях службы общественного здравоохранения было пришли в упадок, при этом не произошло замены на адекватные альтернативные службы. В целом в этих странах общественное здравоохранение все еще отстает от того, что в настоящее время обычно вкладывается в это понятие, и существует очевидная необходимость в укреплении инфраструктур общественного здравоохранения стратегически продуманным и последовательным образом.

4. Ключевыми параметрами для различных институциональных моделей осуществления ОФОЗ в масштабах Европейского региона ВОЗ являются оперативный учет потребностей и запросов населения и реагирование, результативность, эффективность, устойчивость, интеграция и финансирование.

Оперативный учет потребностей и запросов населения

5. Децентрализованные государственные структуры и процесс принятия решений могут обеспечивать более оперативный учет потребностей и ожиданий населения. Службы общественного здравоохранения на местном уровне часто лучше информированы относительно потребностей населения в отношении здоровья и могут более оперативно их удовлетворять. Вместе с тем, централизованная организация обладает потенциалом применения более стратегического и общегосударственного подхода и реагирования на основные вызовы и риски.

Эффективность

6. С преимуществами децентрализации также могут конкурировать преимущества эффекта масштаба, таким образом, стратегии консолидации или регионализации порой могут быть полезны в координации мероприятий и корректировке несправедливости в ресурсном обеспечении сообществ.

Результативность

7. Существующая доказательная база по результативности затрат в общественном здравоохранении в основном касается конкретных вмешательств в сфере укрепления здоровья и профилактики болезней, скорее чем систем предоставления медицинской помощи в целом. Тем не менее, из нее можно черпать данные для оценки той степени, в которой эти вмешательства в сфере охраны общественного здоровья, которые приняты и осуществляются в рамках различных институциональных моделей, являются результативными по отношению к затратам.

Устойчивость

8. Для обеспечения устойчивости необходимы долгосрочное финансирование и поддержка организационных структур общественного здравоохранения. Важнейшее значение имеет также диапазон организаций, вносящих вклад в ОФОЗ, и масштаб и характер их вклада. В качестве примера можно привести неправительственные организации (НПО), добровольные организации или организации третичного сектора, ассоциации общественного здравоохранения и органы (центры) по разработке политики. Благотворное влияние на устойчивость институциональных моделей могут оказать партнерства и коалиции в сфере охраны общественного здоровья, равно как и согласование организационных стратегий и финансовых стимулов.

Интеграция

9. Развитие горизонтально интегрированных служб является особенно сложной задачей в странах, где существуют отдельные вертикальные структуры в сфере охраны общественного здоровья, как, например, для профилактики и лечения ВИЧ/СПИДа, туберкулеза или наркозависимости, что характерно для многих стран Центральной и Восточной Европы, или там, где целый ряд государственных ведомств отвечает за различные аспекты охраны общественного здоровья. Возможно, необходимо принять практические решения на местном уровне, выходящие за рамки межсекторальных границ, хотя и здесь облегчить задачу и ускорить ее выполнение могут бюджетные механизмы. Еще одной непростой задачей является вертикальная интеграция услуг общественного здравоохранения на различных уровнях оказания медицинской помощи, поскольку услуги общественного здравоохранения частично совмещены с лечебными услугами, а частично организованы как отдельные виды деятельности определенными учреждениями. Во многих европейских странах врачи первичного звена или специалисты все в большей степени начинают участвовать в предоставлении профилактических услуг, которые когда-то были почти исключительно прерогативой сферы общественного здравоохранения, но здесь по-прежнему существуют самые разнообразные варианты.

Финансирование

10. Доля расходов на охрану общественного здоровья в структуре общих расходов на здравоохранение трудно поддается определению, учитывая отсутствие единообразия в определениях этих понятий, но, как представляется, эта величина значительно варьируется по странам, от (невероятно низкой) доли, составляющей 0,62% от общих расходов на здравоохранение в Италии до 8,17% в Румынии. Часто недостаточное финансирование отмечалось как наиболее значительный фактор, стоящий на пути осуществления программ и вмешательств в сфере охраны общественного здоровья. Отсутствие стабильного, устойчивого и долгосрочного финансирования – это еще одна сложная проблема для множества стран. Во многих странах в результате настоящего экономического кризиса финансирование общественного здравоохранения подвергается опасности. Многие структуры, предназначенные для осуществления ОФОЗ в Европейском регионе ВОЗ, начинают сталкиваться с значительными сокращениями, а в ряде стран программы и вмешательства в сфере общественного здравоохранения уже подверглись реорганизации или сокращению.

Руководство

11. Страны Европейского региона, в разной степени и различными путями, приняли межсекторальные меры политики, но зачастую недостаточно развиты структуры и потенциал в их

поддержку. Ответственность за охрану общественного здоровья практически неизменно поделена между министерствами, но при этом часто отсутствуют четко очерченные системы коммуникации. Существует очень немного официальных структур в поддержку межсекторальной работы. Совместные бюджеты и делегированное финансирование, хотя и вызывают большой интерес, также применяются весьма выборочно.

Рекомендации

12. Признавая существующие пробелы в фактических данных, следует отметить, что собранная в ходе проведения данного обзора информация позволяет предложить следующие рекомендации государствам-членам Европейского региона ВОЗ.

Оценка ОФОЗ и потребностей в отношении охраны здоровья

- Предоставлять поддержку в проведении объективных и сравнительных исследований по оценке всего диапазона ОФОЗ в государствах-членах.
- Создать и согласовать работу эффективных систем по непрерывному улучшению качества ОФОЗ с четко очерченными процедурами подотчетности.

Приоритизация и установление временных рамок

- Реализовывать формальные механизмы приоритизации мероприятий (такие, как целевые ориентиры в отношении здоровья на основании потребностей и ресурсов здравоохранения).
- Обеспечить создание и реализацию национальных стратегий здравоохранения и связанной с этим оценки деятельности по осуществлению ОФОЗ, стандартов и целевых ориентиров.

Организационные модели осуществления и финансирования ОФОЗ

- Совершенствовать горизонтальную и вертикальную интеграцию ОФОЗ с целью предупреждения дублирования и улучшения результативности и эффективности.
- Обеспечить сбалансированное сочетание национальных, региональных и местных механизмов для создания оперативно реагирующих на потребности населения в отношении охраны здоровья услуг, которые способны устанавливать риски и решать проблемы, связанные с социальной несправедливостью.
- Обеспечить устойчивое и долгосрочное финансирование ОФОЗ, включая, там где это уместно, использование финансовых стимулов или налогов для целей общественного здравоохранения.

Руководство, анализ и мониторинг

- Укреплять региональный и местный потенциал посредством надлежащего руководства, четкого мониторинга и механизмов отчетности, а также адекватного надзора за осуществлением ОФОЗ и подходов.
- Там, где полномочия по осуществлению мероприятий общественного здравоохранения делегированы на субнациональные уровни, обеспечить справедливое финансирование и предоставление услуг.

Межсекторальный подход

- Предоставлять поддержку в использовании межсекторальных, прогрессивных, интегрированных подходов к решению сложных проблем и задач общественного здравоохранения.

Научные исследования

- Предоставлять поддержку развитию доказательной базы данных, которая внесет ясность в вопрос о том, какие именно институциональные модели или механизмы являются более результативными, чем другие, и в каких условиях.

Введение

13. Приняв на своей 61-й сессии в 2011 г. резолюцию EUR/RC61/R2 “Укрепление потенциала и служб общественного здравоохранения в Европе: рамочная основа действий” *(ВОЗ, 2011* г.*)*, Европейский региональный комитет ВОЗ одобрил разработку под руководством Европейского регионального бюро ВОЗ Европейского плана действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения для его представления на рассмотрение 62-й сессии Регионального комитета в сентябре 2012 г., совместно с Основами новой европейской политики здравоохранения Здоровье-2020.

14. Целью настоящего предварительного обзора институциональных моделей выполнения ОФОЗ является обеспечение обоснования и дополнения к Плану действий. Сделана попытка предоставить информацию по различным институциональным моделям осуществления ОФОЗ, действующим в масштабах всей Европы, а также составить ряд предварительных выводов в отношении сильных и слабых сторон различных институциональных моделей.

15. Термин «институциональные модели» используется здесь для описания того, каким образом проводятся организация, финансирование и руководство осуществлением ОФОЗ по всей Европе. Это понятие охватывает как государственный, так и частный сектор, различные уровни руководства и участников, как в рамках системы здравоохранения, так и вне ее. Можно выделить три ключевых аспекта институциональных моделей: характер организации услуг и мероприятий общественного здравоохранения, действующие механизмы финансирования мероприятий общественного здравоохранения и структуры руководства общественным здравоохранением.

16. Страны различаются по соотношению между централизованными и децентрализованными ОФОЗ, в соответствии с их конституциональными и государственными механизмами (Saltman с соавт., 2007 г.). Страны также различаются по тому, каким образом они подходят к вопросу о вертикальной и горизонтальной интеграции мероприятий по охране общественного здоровья в различных программах, секторах и уровнях оказания медицинской помощи. Одним из вопросов, привлекающих все большее внимание, является вопрос о том, каким образом первичная медико-санитарная помощь может внести вклад в осуществление мероприятий общественного здравоохранения, при этом наблюдаются значительные различия между странами (Aluttis с соавт., 2012 г.). Услуги общественного здравоохранения в Европе также могут рассматриваться в зависимости от того, к какому сектору они относятся – в частности, находятся ли они в ведении местных органов власти или в ведении конкретных органов здравоохранения – хотя на практике часто их можно найти в рамках множества различных секторов.

17. Еще один аспект институциональных моделей выполнения ОФОЗ касается финансирования. И хотя данный аспект рассматривался как нечто подобное «черному ящику» (Duran и Kutzin, 2010 г.), можно выделить ряд ключевых критериев, включая долю общих расходов на здравоохранение, которые отводятся на нужды охраны общественного здоровья, а также действующие механизмы изыскания средств на цели проведения мероприятий общественного здравоохранения. Так же, как и в случае с финансированием здравоохранения в целом, отмечается заметное различие в моделях, действующих в Европе, и наблюдается тенденция к использованию сочетания различных источников финансирования, при этом министерства здравоохранения заинтересованы в использовании налогов на цели общественного здравоохранения, хотя в этот процесс не обязательно вовлечены министерства финансов, которые в течение уже длительного времени со значительно меньшим энтузиазмом относятся к ипотечному кредитованию.

18. И наконец, заключительный аспект институциональных моделей осуществления ОФОЗ касается механизмов руководства. Эти механизмы также значительно различаются в масштабах Европы и включают структуры, работающие в направлении планирования и осуществления политики здравоохранения и механизмы для межсекторальных действий.

Методы

19. Настоящий отчет основан на анализе англоязычных документов, имеющих отношение к организации ОФОЗ в Европейском регионе ВОЗ, который был предпринят в апреле 2012 г. Рассматривались два основных вида документов. Первый – это источники, находящиеся в открытом доступе для общественности. К ним относятся:

- характеристики стран «Системы здравоохранения в переходный период (HiT)», составленные Европейской обсерваторией по системам и политике здравоохранения, в частности, разделы по предоставлению услуг общественного здравоохранения;
- документы по самооценке потенциала и услуг общественного здравоохранения, которая проводилась государствами-членами ВОЗ при поддержке Европейского регионального бюро ВОЗ и с использованием инструмента самооценки, структура которого основана на десяти ОФОЗ. В период составления настоящего документа (апрель 2012 г.) такие оценки были опубликованы на английском языке по Эстонии, Узбекистану и странам Юго-Восточной Европы;
- статьи, опубликованные в международных журналах с использованием коллегиального экспертного рецензирования, и индексированных в PubMed/Medline: был проведен поиск с использованием терминов в различных сочетаниях, таких как «общественное здравоохранение», «услуги», «операции», «организация» и «Европа», при этом предпочтение отдавалось статьям, опубликованным за период, начиная с 2005 г.

20. Второй вид документов не находится в открытом доступе для общественности. А именно:

- проводимое Европейской обсерваторией по системам и политике здравоохранения исследование различных аспектов общественного здравоохранения, которое будет опубликовано в 2013 г. (Rechel и McKee, 2013г.);
- неопубликованные самооценки или проекты самооценки потенциала и услуг общественного здравоохранения, проводимые государствами-членами ВОЗ: эти документы на английском языке имелись для Болгарии, Боснии и Герцеговины, бывшей югославской Республики Македония, Румынии, Словении и Хорватии;
- заключительный отчет по исследованию потенциала общественного здравоохранения в Европейском Союзе (ЕС), которое проводилось под руководством Маастрихтского университета и финансировалось ЕС, и который планируется опубликовать в 2012 г.; исследование основывалось на данных, предоставленных ключевыми источниками информации, дополненных обсуждениями фокус группами экспертов в каждом из государств-членов ЕС (Aluttis с соавт., 2012 г.).

21. Целью отчета являлся всесторонний обзор существующих фактических данных по выполнению ОФОЗ в Европейском регионе ВОЗ, но эта цель не была достигнута в полной мере. Одной из основных проблем, с которой составители обзора столкнулись во время его проведения, явился несовершенный характер многих источников данных, которые основаны преимущественно на самооценке и не подкреплены эмпирическими данными. На самом деле проводимая оценка политики здравоохранения в Европе с очевидностью выявляет расхождение между этими самоотчетами и объективной оценкой достижений и неудач в политике здравоохранения (Mackenbach и McKee, 2012 г.).

22. Кроме того, при проведении сравнений имеются существенные проблемы, касающиеся определений понятий (поскольку редко терминология означает одно и то же в различных странах, или даже в различных территориях одной и той же страны), и кроме того, в имеющихся данных существуют значительные пробелы. Учитывая разнообразие видов деятельности, включенных в термин «общественное здравоохранение», множество секторов, участвующих в мероприятиях по охране здоровья, и различные уровни властных структур, вовлеченных в этот процесс, вряд ли

можно предоставить всесторонний обзор ситуации в конкретной стране без целенаправленных объединенных усилий.

23. Таким образом, авторы признают тот факт, что в их оценке существует много пробелов. Хотя в отчете представлена достаточно пессимистичная картина состояния общественного здравоохранения в Европе, следует отметить, что существует много местных инициатив, особенно осуществляемых под руководством гражданских общественных организаций, которые невозможно было включить в данный обзор. Вместе с тем, имеется не много данных по анализу этих инициатив, и для того чтобы включить их в данный отчет, потребовались бы усилия совсем иного масштаба по сравнению с теми, что были задействованы при составлении настоящего отчета.

Результаты

Исторический контекст и текущие инициативы по реформе здравоохранения

24. Оглядываясь назад и признавая существование громадных различий между странами, следует отметить, что содержание общественного здравоохранения в Европе за последние десятилетия постепенно развивалось от санитарного надзора и борьбы с инфекционными болезнями к «новому» общественному здравоохранению: здесь внимание все больше сосредотачивается на серьезные угрозы здоровью населения, работу по укреплению здоровья, профилактике болезней и межсекторальные действия, в том числе вмешательства, выходящие за рамки системы здравоохранения.

25. Однако важно отметить, что общественное здравоохранение как концепция по-прежнему характеризуется значительным разнообразием терминологий и интерпретаций. В Европе не существует единого мнения относительно того, что входит в понятие общественного здравоохранения (Kaiser и Mackenbach, 2008 г.) или относительно того, чем оно должно заниматься (Weil и McKee, 1998 г.). Поэтому европейские страны по-разному понимают задачи и ограничения услуг общественного здравоохранения, и существуют значительные различия в приоритетности места, которое занимает общественное здравоохранение в повестке дня стран (Aluttis с соавт., 2012 г.). Учитывая различия в характере и способах организации услуг общественного здравоохранения в странах Европы, Европейский план действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения предлагает набор из 10 горизонтальных ОФОЗ, которые могут стать объединяющей и направляющей основой для руководящих органов здравоохранения всех европейских стран в отношении установления, мониторинга и оценки мер политики, стратегий и действий по укреплению общественного здравоохранения (ВОЗ, 2011 г.).

26. В настоящее время ряд стран реформирует свои системы предоставления услуг здравоохранения или осуществления его оперативных функций. Хотя реформы в сфере услуг общественного здравоохранения в Центральной и Восточной Европе отстали от реформ в других структурах системы здравоохранения, особенно в ряде новых независимых государств бывшего СССР (Maier с соавт., 2009 г.), следует отметить, что за последние два десятилетия в этой части Европы наблюдался ряд наиболее значимых изменений в организации услуг общественного здравоохранения.

27. В период существования социалистической системы службы общественного здравоохранения в Центральной и Восточной Европе были организованы в соответствии с моделью санитарно-эпидемиологической службы (санэпид) в СССР. Эти службы характеризовались высокой степенью централизации и иерархичностью структуры и были представлены на всех административных уровнях. Им был поручено заниматься охраной здоровья: преимущественно вопросами борьбы с инфекционными болезнями и эпиднадзора, мониторинга за состоянием окружающей среды и контроля за соблюдением санитарно-гигиенических нормативов (Rechel and McKee, 2006 г.; WHO, 2009b г.; Maier and Martin-Moreno, 2011 г.).

28. Хотя санитарно-эпидемиологические службы достигли огромного прогресса в борьбе с инфекционными болезнями, создавая комплексные программы вакцинации детей и приводя к сокращению многих предотвратимых с помощью вакцин болезней, они были значительно менее эффективны в области неинфекционных заболеваний, гигиены труда и гигиены окружающей среды, а также очень немного внимания обращалось на укрепление здоровья и межсекторальные действия (Rechel и McKee, 2006 г.; ВОЗ, 2009b г.; Maier и Martin-Moreno, 2011 г.). Профилактика инфекционных заболеваний посредством вакцинации являлась одной из основных сильных сторон санитарно-эпидемиологических служб, и эта деятельность, после некоторого перерыва в начале 1990-х годов, в большой степени получила свое продолжение с сохранением очень высоких уровней вакцинации (Maier с соавт., 2009b г.; Maier и Martin-Moreno, 2011 г.). Вместе с тем, по-прежнему наблюдаются большие проблемы в решении вопросов, связанных с ВИЧ/СПИД и туберкулезом, при недостаточной интеграции вертикальных структур; тогда как в странах Западной Европы такие службы чаще интегрированы в структуру базовой лечебно-профилактической помощи.

29. Многие страны Центральной и Восточной Европы начали проводить реформы после распада социалистической системы, обычно при этом наблюдалась определенная степень деконцентрации, с переносом ответственности с центральных органов власти на периферию (Gotsadze с соавт., 2010 г.). В Содружестве независимых государств (СНГ) реформы обычно носили менее экстенсивный характер. Некоторые из этих стран (в том числе Азербайджан, Белоруссия, Российская Федерация и Украина) в большой степени сохранили структуру санитарн-эпидемиологических служб, унаследованную с советского периода (Popovich с соавт., 2011 г.), тогда как другие (в число которых входят Казахстан, Кыргызстан, Республика Молдова и Узбекистан) создали дополнительные структуры, а некоторые страны (в частности, Грузия) создали новые инфраструктуры общественного здравоохранения. В Грузии высокие темпы проведения реформ, приватизация ряда функций общественного здравоохранения и отсутствие четкого распределения ответственности в результате децентрализации служб общественного здравоохранения привели к проблемам в сфере борьбы с инфекционными болезнями (Armenian с соавт., 2009 г.; Maier и Martin-Moreno, 2011 г.).

30. Вместе с тем, понимание «нового» общественного здравоохранения, в рамках которого внимание направлено на основные факторы, угрожающие здоровью населения, еще не достигнуто в полной мере, как в странах Центральной и Восточной Европы, так и в странах СНГ. В реальности во многих странах этого региона службы общественного здравоохранения в большей степени занимаются вопросами гигиены, санитарии и борьбы с инфекционными болезнями, и в меньшей – вопросами укрепления здоровья и межсекторальных действий в интересах здоровья (Rechel и McKee, 2006 г.; Armenian с соавт., 2009 г.; ВОЗ, 2009 г.). На самом деле многие страны посткоммунистического пространства имели затруднения с самой концепцией «общественного здравоохранения» в связи с трудностями перевода этого термина на местные языки (Tragakes с соавт., 2008 г.).

31. Ситуация в странах Юго-Восточной Европы несколько иная, поскольку там существовала давняя традиция общественного здравоохранения в рамках Школы общественного здравоохранения под руководством Andrija Štampar (Rechel и McKee, 2006 г.). Там существуют исторически сложившиеся учреждения общественного здравоохранения в виде институтов охраны общественного здоровья, а также традиционно отлаженная работа всесторонней и высококачественной сети лабораторий общественного здравоохранения. Однако во многих случаях структуры общественного здравоохранения несколько утеряли свою силу, пострадав от ущерба, понесенного в ходе различных войн в период 1990-х годов, недостаточного инвестирования средств и неспособности скорректировать свою работу для реагирования на новые угрозы общественному здоровью (ВОЗ, 2009 г.).

32. В странах Центральной и Восточной Европы в советский период сфера укрепления здоровья была развита недостаточно (Saltman с соавт., 2012 г.). Парадоксальным образом профилактическая медицина считалась самым сильным аспектом системы здравоохранения Семашко в советский период. И хотя в целом она была адекватна в отношении борьбы с инфекционными болезнями,

этот подход преимущественно полагался на вторичную профилактику неинфекционных заболеваний, целью которой являлось выявление болезней посредством большого количества часто неэффективных скрининговых инициатив, а не первичной профилактики (Richardson с соавт., 2008 г.). В ряде стран региона, таких как Беларусь (Richardson et al., 2008 г), этот подход сохранился, и укрепление здоровья, как представляется, является одной из наименее развитых и наименее финансируемых сфер общественного здравоохранения (Maier с соавт., 2009 г.).

33. Следует также отметить, что в ряде стран Западной Европы службы общественного здравоохранения также в течение длительного времени ограничивались санитарным надзором и борьбой с инфекционными болезнями, и лишь в самое последнее время были предприняты меры по усилению значения укрепления здоровья и профилактики болезней (Hofmarcher и Rack, 2006 г.). Частично это можно объяснить историческим контекстом общественного здравоохранения в некоторых из этих стран. Дисциплина общественного здравоохранения возникла в XVIII веке с началом движения за санитарию, которое позднее было дополнено аспектом гигиены. В ряде стран Западной Европы, отражая исторические, культурные или политические факторы, усилия выйти за рамки медицинской модели общественного здравоохранения посредством таких инициатив, как Оттавская хартия по укреплению здоровья 1986 г. или программа ВОЗ «Здоровье для всех», укореняются очень медленными темпами, а порой многие аспекты общественного здравоохранения все еще получают недостаточно внимания (Economou, 2010 г.).

34. В Западной Европе системы социального медицинского страхования все в большей степени участвуют в предоставлении услуг общественного здравоохранения, отчасти компенсируя недостаточное внимание, которое ранее получала сфера укрепления здоровья. Ряд стран, такие как Австрия и Швейцария, создали новые основы для укрепления здоровья (Saltman с соавт., 2012 г.). В Австрии теперь существует национальный центр по укреплению здоровья, Фонд за здоровую Австрию. Однако обычно деятельность по укреплению здоровья передается в ведение внешних учреждений, таким как НПО или фонды (Ladurner с соавт., 2011 г.). В Швейцарии существует целый диапазон маломасштабных программ укрепления здоровья, многие из которых осуществляются НПО и фондами (ОЭСР и ВОЗ, 2011 г.).

35. Ряд наиболее успешных мер по укреплению здоровья приняты в Скандинавских странах (Glenngård с соавт., 2005 г.). В Финляндии в течение десятилетий деятельность по укреплению здоровья и профилактике болезней находится в центре внимания политики здравоохранения, одним из примеров которой является часто упоминаемый Северо-Карельский проект (Vuorenkoski с соавт., 2008 г.). Вместе с тем, в Дании до последнего времени не осуществлялось достаточно серьезных действий по борьбе с табакокурением и ожирением - хотя ситуация здесь меняется, свидетельством чего являются меры, предпринятые против потребления продуктов питания, содержащих трансжиры, тогда как потребление алкоголя остается на высоком уровне (Strandberg-Larsen с соавт., 2007 г.).

Организация услуг общественного здравоохранения

Организационные структуры

36. Общественное здравоохранение охватывает очень широкую область социальных действий, привлекающих многих различных участников (Rechel и Brand, 2013 г.). Например, усилия по борьбе против табакокурения включают действия, выходящие далеко за рамки традиционного сектора здравоохранения, и затрагивают такие сферы, как сельское хозяйство, торговля, образование, финансовая политика и обеспечение выполнения законодательства, на местном, национальном и глобальном уровнях (Allin с соавт., 2004 г.). Учитывая разнообразие ОФОЗ, обычно они не осуществляются одним учреждением. Напротив, предоставление услуг общественного здравоохранения в Европе характеризуется множественностью участников, как из государственного, так и частного секторов. На уровне страны – это назначенные учреждения и ведомства общественного здравоохранения, национальные институты общественного

здравоохранения, другие учреждения, работающие в этой сфере, государственные организации вне системы здравоохранения и в целом те, кто предоставляют медицинскую помощь.

37. Другим примером участия представителей различных секторов в деятельности общественного здравоохранения в Европе может служить сфера гигиены труда и профзаболеваний. Ответственность возлагается на министерства труда, социальных дел и/или занятости, министерства здравоохранения, институты по охране здоровья населения или по гигиене труда и профзаболеваний (Koppel с соавт., 2008 г.; Albreht с соавт., 2009 г.; Bryndova с соавт., 2009 г.; ВОЗ, 2009b г.). В ряде стран (бывшей югославской Республике Македония, Сербии и Хорватии) существует специально сзданный Институт гигиены труда (ВОЗ, 2009a г.; ВОЗ, 2009b г.). Институциональные модели по предоставлению услуг гигиены и безопасности труда широко варьируются, равно как и уровни охвата.

38. В ряде стран существуют юридические требования, согласно которым каждое предприятие предоставляет услуги по гигиене и безопасности труда, в других – это касается только предприятий крупного и среднего масштаба, тогда как в некоторых странах вообще не существует никаких юридических требований (Kim с соавт., 2013 г.). Задолго до создания ЕС многие западноевропейские страны на основе диалога разработали серьезные программы и инфраструктуры в сфере гигиены и безопасности труда, (Kim с соавт., 2013 г.). Однако даже в этих странах существуют значительные различия, поскольку некоторые из них уделяли данной сфере недостаточно внимания (Rachiotis с соавт., 2010 г.).

39. В советский период в странах Центральной и Восточной Европы сфера гигиены и безопасности труда находилась в центре внимания санитарно-эпидемиологических систем. Однако, переход к рыночной экономике, исчезновение крупных государственных предприятий, общее отсутствие прозрачности и подотчетности, отсутствие истинного социального диалога и неразборчивая приватизация государственных служб привели к ослаблению структур, занимающихся гигиеной и безопасностью труда (Kim с соавт., 2013 г.). Двенадцать стран, присоединившихся к ЕС за период с мая 2004 г. (ЕС-12), несмотря на то, что их системы гигиены и безопасности труда были приведены в соответствие с директивами ЕС, по-прежнему отстают от пятнадцати стран, входивших в состав ЕС до мая 2004 г. (ЕС-15), и существуют также большие различия в национальном законодательстве и практике (Kim с соавт., 2013 г.). Часто основную ответственность за гигиену труда несет частный сектор, но, например, в Эстонии, может вызывать некоторую обеспокоенность степень контроля со стороны государства (Koppel с соавт., 2009 г.).

Общие юридические рамки

40. В большинстве стран Европы существуют общие юридические рамки, определяющие сферы ответственности за многие услуги и действия в области общественного здравоохранения. В ходе исследования потенциала общественного здравоохранения в ЕС 26 из 27 стран сообщили о том, что имеют полностью или частично функционирующее законодательство, которое устанавливает сферы ответственности за создание структур по защите и укреплению здоровья населения (Aluttis с соавт., 2012 г.). Однако в Австрии не установлено существование четко определенной современной структуры общественного здравоохранения, равно как не существует и общегосударственного процесса по установлению приоритетов или общегосударственных целевых ориентиров в сфере здравоохранения, хотя отчасти это может отражать передачу полномочий регионам, или так называемым «Länder» (Ladurner с соавт., 2011 г.).

41. Хотя даже там, где очерчены формальные сферы ответственности, это автоматически не подразумевает существование хорошо отлаженной системы, в силу того, что реализация может происходить не в полной мере. Кроме того, при том что во многих странах существуют четкие сферы ответственности в отношении традиционных аспектов общественного здравоохранения, таких, как борьба с инфекционными болезнями, гигиена и иммунизация, сферы ответственности за многие «новые» аспекты общественного здравоохранения, такие как поведенческие и социальные детерминанты здоровья и неравенства в отношении здоровья, очерчены значительно менее четко (Aluttis с соавт., 2012 г.).

42. Следует также кратко упомянуть о нескольких примерах в рамках Европейского региона ВОЗ, где национальные правительства не осуществляют полноту власти на всей территории страны в рамках признанных на международном уровне границ. В качестве примеров можно привести некоторые территории Азербайджана, Грузии, Кипра и Республики Молдова, хотя аналогичные проблемы возникают также на территориях, оккупированных Израилем с 1967 г. Во всех случаях существуют некоторые принятые механизмы в отношении ряда базовых функций общественного здравоохранения – таких, как уведомление о вспышках инфекционных болезней, но работают они с разной степенью эффективности (McKee и Atun, 2006 г.).

Уровень децентрализации

43. В масштабах Европы в странах обычно существует действующая базовая инфраструктура для предоставления услуг общественного здравоохранения на национальном, региональном и местном уровнях, выполняющая соответствующие мероприятия по охране здоровья и формально предоставляющая фактически всеобщий доступ населения к ним. Однако следует отметить, что существует большое разнообразие в путях организации и осуществления ОФОЗ (Aluttis с соавт., 2012 г.; Rechel и Brand, 2013 г.). Одним из основных различий в организации услуг общественного здравоохранения в масштабах Европы является мера передачи полномочий на субнациональные уровни, что в значительной степени зависит от масштабов страны и численности ее населения, а также лежащих в основе конституциональных, политических и административных рамок (Rechel и Brand, 2013 г.).

44. Хотя во всех странах существует определенный национальный потенциал общественного здравоохранения – как, например, референс-лаборатории и статистические структуры – в федеральных или в высокой степени децентрализованных системах большинство услуг общественного здравоохранения в основном находится в сфере ответственности руководящих органов регионального или даже местного уровня. В качестве примеров можно привести Бельгию, Данию, Финляндию, Италию (см. Рамку 1), Испанию, Швецию, Швейцарию и Соединенное Королевство (Allin с соавт., 2004 г.; Glenngård с соавт., 2005 г.; Vuorenkoski с соавт., 2008 г.; Lo Scalzo с соавт., 2009 г.; García-Armesto с соавт., 2010 г.; Gerkens и Merkur, 2010 г.; Boyle, 2011г.; ОЭСР и ВОЗ, 2011 г.; Anell с соавт., 2012 г.). В Австрии и Германии так называемые Länder обладают практически полной самостоятельностью в большинстве аспектов общественного здравоохранения, но они передают ряд полномочий местным органам и региональным фондам медицинского страхования (Allin с соавт., 2004 г.; Busse и Riesberg, 2004 г.; Hofmarcher и Rack, 2006 г.).

Рамка 1. Региональные различия в структурах общественного здравоохранения Италии

Поскольку итальянские регионы по-разному подходили к решению вопроса своей самостоятельности, следует отметить, что северные регионы больших успехов достигли в создании эффективных структур общественного здравоохранения, осуществления программ и мониторинга здоровья, чем регионы на юге страны. Региональные различия отражают различия в контекстуальных, политических, экономических и культурных факторах, а также различия между региональными

Источник: Aluttis с соавт., 2012 г.

45. В противоположность этому, в остальных европейских странах национальные органы преимущественно отвечают за планирование и организацию услуг общественного здравоохранения, хотя полномочия по администрированию и осуществлению часто передаются на более низкие уровни руководства. Система здравоохранения в Ирландии ранее характеризовалась определенной степенью децентрализации, но позднее была проведена централизация, в том числе и в отношении служб общественного здравоохранения (McDaid с соавт., 2009 г.).

46. Но даже в федеральных и децентрализованных системах Министерство здравоохранения или другой руководящий орган общественного здравоохранения обычно предоставляет общие стратегические рамки и отвечает за разработку законодательства и регламентов по различным аспектам общественного здравоохранения, а также для мониторинга здоровья населения и координации мероприятий между национальным и местным уровнями (Allin с соавт., 2004 г.; Armenian с соавт., 2009 г.; Lo Scalzo с соавт., 2009 г.). Существуют также национальные учреждения, отвечающие за научные исследования, экспертизу в сфере общественного здравоохранения, эпиднадзор и укрепление здоровья (Rechel и Brand, 2013 г.).

47. Во всех европейских странах правом осуществления эпиднадзора и борьбы с инфекционными болезнями наделены руководящие органы на национальном уровне, что отражает функции, установленные в рамках Международных медико-санитарных правил. В сфере борьбы с инфекционными болезнями важнейшее значение имеет международное сотрудничество (Rowe и Rechel, 2006 г.), и Европейский центр профилактики и борьбы с заболеваниями, созданный ЕС в 2005 г., предоставляет поддержку мероприятиям по эпидемиологическому надзору на европейском уровне и руководит системой раннего предупреждения и планирования ответных действий. Вместе с тем, лишь небольшое количество стран Европы имеют единый национальный орган по рассмотрению практики и политики скрининга, и также относительно редко встречаются журналы регистрации для вызова, повторного вызова и последующего наблюдения пациентов (Holland с соавт., 2006 г.).

48. Имеются также существенные различия между европейскими странами в зависимости от того, каким образом координируются и финансируются научные исследования в сфере общественного здравоохранения, и происходит ли это вообще. Одно из различий касается доли расходов на научные исследования в сфере здравоохранения в общем финансировании науки. В Финляндии есть ряд институтов, которые административно находятся в ведении Министерства социальных дел и здравоохранения, даже после недавно произошедшего слияния STAKEs и KTL. Большинство этих учреждений являются правительственными, но все они получают большую часть своего основного финансирования из государственного бюджета (Ricciardi с соавт., 2013 г.). Аналогичные научно-исследовательские институты в сфере общественного здравоохранения существуют и в других странах, такие как Институт имени Роберта Коха в Германии, Национальный институт по проблемам общественного здравоохранения и окружающей среды (RIVM) в Нидерландах и Институт здоровья имени Карлоса III в Испании (Ricciardi с соавт., 2013 г.). Все они всё в большей степени полагаются на получение грантов по проектам.

49. Национальная координация и руководство мероприятиями общественного здравоохранения может представлять сложную проблему и задачу для децентрализованных систем здравоохранения, как было отмечено, например, в Швейцарии, где кантоны обладают очень высокой степенью независимости (ОЭСР и ВОЗ 2011 г.). Децентрализация также может сказываться на информационных системах здравоохранения (см. Рамку 2).

Рамка 2. Значение для информационных систем здравоохранения

Почти во всех европейских странах существуют национальные информационные системы здравоохранения, которые осуществляют сбор, анализ и сообщение данных по здоровью населения (Brand с соавт., 2008 г.). Однако характер этих информационных систем здравоохранения и наличие данных и показателей значительно различаются. Отчасти это происходит в связи со специфическим, историческим и культурным контекстом, в котором они развиваются, различными приоритетами политики и различиями в наличии ресурсов в разных странах – в целом можно сказать, что более бедные страны часто имеют более бедные информационные системы здравоохранения (Verschuuren с соавт., 2013 г.). Организация и функционирование информационных систем здравоохранения также во многом зависят от того, являются ли системы здравоохранения централизованными или децентрализованными. В Бельгии (которая является федеральным государством), например, сбор некоторых данных осуществляется на федеральном уровне, тогда как сбор ряда других данных происходит на уровне местных сообществ. Аналогичную ситуацию можно наблюдать в Испании, где за сбор данных отвечают самостоятельные (автономные) регионы (Verschuuren с соавт., 2013 г.). В этих случаях необходимо установление связи между функционирующей общегосударственной системой и регионами, а также привлечение большого числа различных институтов. Эта проблема разрозненной причастности к сбору данных также применима к ряду нефедеральных государств, таких, как Нидерланды (Kilpeläinen с соавт., 2008 г.).

Вертикальная и горизонтальная интеграция

50. Многие участники, занимающиеся проведением мероприятий общественного здравоохранения, придают центральное значение горизонтальной и вертикальной интеграции (Mays с соавт., 2010 г.). Горизонтальная интеграция услуг является особенно сложной задачей в странах, где уже существуют отдельные вертикальные структуры общественного здравоохранения, такие, как в отношении ВИЧ/СПИДа, туберкулеза или употребления психоактивных веществ во многих странах Центральной и Восточной Европы (Koppel с соавт., 2008 г.; Koppel с соавт., 2009 г.; Duran и Kutzin, 2010 г.; Gotsadze с соавт., 2010 г.). Недостаточная интеграция мероприятий общественного здравоохранения была отмечена в Армении в качестве особой проблемы. В этой стране заметную роль в общественном здравоохранении играют около десяти министерств и множество государственных учреждений, тогда как Министерство здравоохранения занимается лишь некоторыми службами общественного здравоохранения. Кроме того, ряд мероприятий общественного здравоохранения осуществляется международными организациями и национальными НПО. Не существует единого центрального государственного органа, отвечающего за интеграцию, координацию и надзор за всеми органами общественного здравоохранения в Армении (Armenian с соавт., 2009 г.).

51. Иногда легче проводить интеграцию услуг общественного здравоохранения на местном уровне (Koppel с соавт., 2009 г.). Например, в Испании после децентрализации в сфере общественного здравоохранения на региональном уровне была достигнута интеграция различных инспекторатов и руководящих органов (García-Armesto с соавт., 2010 г.).

52. Еще одной сложной проблемой является вертикальная интеграция услуг общественного здравоохранения на различных уровнях оказания медицинской помощи, поскольку услуги общественного здравоохранения частично интегрированы в лечебные услуги, а частично организуются как отдельные мероприятия специальными институтами. Во многих европейских странах врачи первичного звена или специалисты все в большей степени привлекаются к предоставлению профилактических услуг, таких как иммунизация, профилактические осмотры

или скрининг, а также отвечают за уведомление об инфекционных болезнях (Saltman с соавт., 2012 г.). Однако существуют значительные различия в масштабах проведения мероприятий по укреплению здоровья этими врачами и консультирования по вопросам здорового образа жизни (Aluttis с соавт., 2012 г.), области, которые, как было установлено, получили недостаточное развитие в странах Юго-Восточной Европы (Rechel и McKee 2006 г.; ВОЗ, 2009b г.).

53. Вместе с тем, большая часть профилактических услуг, таких как иммунизация или скрининг, предоставляются на уровне первичной медико-санитарной помощи. Например, в Хорватии вакцинация детей и подростков осуществляется педиатрами первичного звена (как государственного, так и частного секторов), семейными врачами или врачами общей практики (ВОП) (как частного, так и государственного секторов), а также школьными врачами (ВОЗ, 2007b г.). В Германии предоставление профилактических услуг врачами, работающими на базе своих кабинетов, охарактеризовано как малопрестижный фактор, присущий службам общественного здравоохранения (Busse и Riesberg, 2004 г.).

54. В некоторых странах Центральной и Восточной Европы реформы в области первичной медико-санитарной помощи также понизили роль этой сферы в общественном здравоохранении. В ряде стран региона отмечено сокращение масштабов врачебной помощи на дому и числа профилактических медосмотров, поскольку эти аспекты не были обеспечены никакими стимулами для новых независимых медицинских работников первичного звена (Rechel с соавт, 2012 г.). В Хорватии вслед за частичной заменой медицинских центров независимыми ВОП ряд функций общественного здравоохранения, которые они ранее осуществляли, перешли в ведение структур общественного здравоохранения, таких как эпидемиологические службы и школьные медицинские службы (ВОЗ, 2007b г.).

55. Среди стран, достигших, как представляется, более полной интеграции служб общественного здравоохранения в первичную медико-санитарную помощь, можно назвать Данию, Испанию, Португалию, Финляндию, Швецию и Эстонию (Glenngård с соавт., 2005 г.; Barros и de Almeida Simoes, 2007 г.; Strandberg-Larsen с соавт., 2007 г.; Vuorenkoski с соавт., 2008 г.; Koppel с соавт., 2009 г.; García-Armesto с соавт., 2010 г.; Anell с соавт., 2012 г.). Службы вторичной медицинской помощи все в большей степени признают свою роль в охране общественного здоровья, что нашло отражение в инициативе Больниц, способствующих укреплению здоровья (Whitehead, 2004 г.).

Административная организация

56. Здравоохранительные службы в масштабах всей Европы различаются также по своему административному подчинению. В ряде стран, таких как Нидерланды или Германия, многие основные службы общественного здравоохранения находятся в подчинении местного правительства; в других странах таких, как Соединенное Королевство, они существуют как отдельные структуры, находящиеся в подчинении местных органов здравоохранения, хотя в Англии функции общественного здравоохранения (что является вопросом, вызывающим множество споров) поделены между центральным правительственным агентством, местным правительством и Национальной службой здравоохранения (McKee с соавт., 2011 г.). В странах Юго-Восточной Европы национальные и региональные институты общественного здравоохранения играют ключевую роль в планировании и осуществлении ОФОЗ (ВОЗ, 2007 г.).

Механизмы финансирования

Доля расходов на цели общественного здравоохранения от общих расходов на здравоохранение

57. Финансирование мероприятий общественного здравоохранения было охарактеризовано как так называемый «черный ящик» (Duran и Kutzin, 2010 г.). Участвует множество различных сторон и секторов, часть расходов падает на частные предприятия и остается неподотчетной, и кроме

того, даже в определение самого понятия мероприятий общественного здравоохранения прежде не только разные страны вкладывали различное содержание, но даже и такие организации, как Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), ВОЗ и Евростат не имели единого мнения по этому вопросу (Allin с соавт., 2004 г.; Sensenig, 2007 г.). Некоторые определения включали индивидуальные медицинские услуги, предоставляемые учреждениями общественного здравоохранения, тогда как другие – только услуги, предоставляемые населению (Sensenig, 2007 г.). Лишь в 2011 г. был опубликован глобальный стандарт счетов здравоохранения (ОЭСР и др., 2011 г.). И хотя это уже большой прогресс, следует отметить, что значительные расходы на общественное здравоохранение выходят за рамки мероприятий, которые покрывают эти счета (de Bekker-Grob с соавт., 2007 г.).

58. Несмотря на эти недостатки, имеющиеся данные по счетам здравоохранения дают некоторое представление о расходах на профилактику и общественное здравоохранение в большинстве стран Европейского региона ВОЗ (см. Таблицу 1). Согласно глобальной базе данных ВОЗ по расходам на здравоохранение, расходы на профилактику и общественное здравоохранение варьировались в 2010 году от 0,62% от общих расходов на здравоохранение в Италии до 8,17% в Румынии (Глобальная база данных по расходам на здравоохранение, 2012 г.). Эти данные позволяют предположить, что во многих европейских странах можно значительно увеличить финансовые ассигнования на цели общественного здравоохранения. Неудивительно, что по результатам исследования потенциала общественного здравоохранения в ЕС было установлено, что отсутствие адекватного ресурсного обеспечения часто является наиболее значимым фактором, препятствующим эффективному осуществлению программ и вмешательств в сфере общественного здравоохранения (Aluttis с соавт., 2012 г.).

Таблица 1. Доля расходов на профилактику и охрану общественного здоровья от общих расходов на здравоохранение на основе представленных данных (в %), Европейский регион ВОЗ, 2003–2010 гг.

	2003 г.	**2004 г.**	**2005 г.**	**2006 г.**	**2007 г.**	**2008 г.**	**2009 г.**	**2010 г.**
Австрия	1,77	2,02	1,91	1,90	1,91	1,76	1,68	1,68
Албания	1,57				4,86	2,85	2,66	3,00
Армения	0,61	0,90	3,86	5,15	3,90	4,47	4,69	
Белоруссия								3,81
Бельгия	2,27	2,26	2,16	2,36	2,73	3,16	2,74	2,74
Болгария	3,45	3,86	3,01	3,45	3,86	4,10	3,46	3,46
Босния и Герцеговина		2,70	2,69	2,67	2,35	2,63	1,86	2,43
Венгрия	4,77	4,30	4,25	4,06	4,00	3,86	4,25	4,25
Германия	3,23	3,26	3,23	3,29	3,51	3,59	3,54	3,54
Грузия	2,20	2,27	1,80	1,12	1,15	0,64	1,20	1,61
Дания	2,26	2,20	2,12	2,02	0,89	0,92	2,16	2,16
Израиль	0,92	0,85	0,77	0,70	0,65	0,66	0,66	0,64
Ирландия	2,32	2,96	2,96	3,00	2,95	2,97	2,98	2,97
Исландия	1,39	1,45	1,51	1,49	1,58	1,54	1,43	1,44
Испания	2,23	2,25	2,27	2,29	2,37	2,27	2,58	2,58
Италия	0,71	0,62	0,56	0,56	0,60	0,62	0,61	0,62
Кипр	0,58	0,55	0,55	0,61	0,64	0,64	0,69	0,71

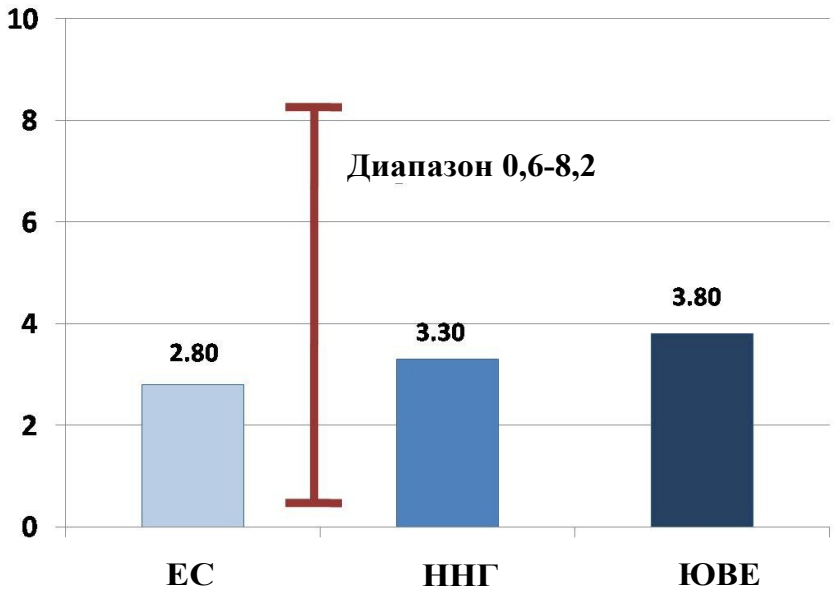
Кыргызстан		2,20		2,38	2,97	4,73	4,07	4,06
Латвия	2,73	0,98	0,25	2,86	1,40	1,43	2,90	2,90
Литва	3,42	1,72	1,69	1,18	1,74	1,17	1,13	1,13
Люксембург	1,77	1,47	2,06	1,68	1,90	1,72	1,75	1,75
Мальта	1,59	1,52	1,43	1,33	1,45	1,13	1,32	1,33
Нидерланды	4,89	4,49	4,33	4,58	4,66	4,51	4,01	3,85
Норвегия	1,93	1,94	1,91	1,90	1,99	2,07		2,11
Польша	3,30	1,68	2,28	2,31	2,22	2,19	2,14	2,14
Португалия	1,97	1,89	1,94	1,66	1,66	1,79	1,80	1,80
Республика Молдова							4,35	7,56
Румыния	6,16	6,63	6,73	5,32	6,58	5,80	8,17	8,17
Сан-Марино [a]	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Сербия	8,70	8,02	7,43	7,33	7,05	6,68	7,49	6,33
Словакия	1,64	2,73	2,28	4,29	4,71	4,61	4,62	4,61
Словения	3,42	3,65	3,54	3,58	3,72	3,63	3,57	3,58
Таджикистан	0,94	0,92	1,32		2,19	3,03	2,78	2,84
Турция	4,67	5,11	4,97	4,91	5,38	5,57	5,54	5,54
Украина	3,68	3,68	3,47	3,65	3,50	3,39	3,08	3,16
Финляндия	4,81	4,89	5,05	5,10	5,40	5,42	5,26	5,25
Франция	2,02	2,04	1,97	1,95	1,98	1,96	2,15	2,15
Хорватия	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,65	0,68
Черногория		0,57	0,56	0,68				
Чешская Республика	1,68	1,96	1,67	2,08	2,19	2,59	2,60	2,60
Швейцария	2,28	2,20	2,18	2,16	2,32	2,47	2,52	2,52
Швеция	3,10	3,06	3,29	3,07	3,34	3,45	3,64	3,63
Эстония	2,19	1,97	2,31	2,54	2,70	2,71	2,32	2,90

Источник: Глобальная база данных по расходам на здравоохранение, 2012 г.

[a] Сан-Марино по всем годам представила цифры 0,00, что может означать неполноту данных. Примечание: Как уже было упомянуто в документе, эти цифры следует трактовать с большой осторожностью.

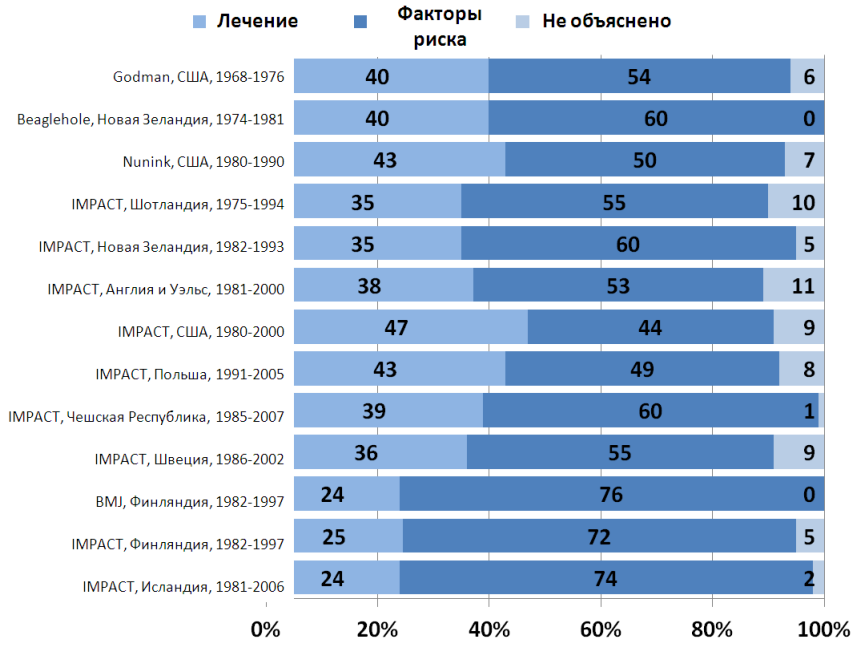
59. Внутри стран также существуют большие различия в расходах. Так, в Италии, абсолютные и относительные расходы на общественное здравоохранение значительно варьируются по регионам. И хотя существует рекомендация Национального министерства здравоохранения, согласно которой 5% регионального бюджета здравоохранения следует выделять на общественное здравоохранение, регионы могут по своему усмотрению корректировать эту цифру (Lo Scalzo с соавт., 2009 г.).

Рис. 1. Расчетные затраты на профилактику и общественное здравоохранение в процентах от общих расходов на здравоохранение



60. Профилактика, если она осуществляется в форме воздействия на факторы риска, способствует, как было показано в целом ряде стран с высоким уровнем доходов, снижению смертности от ишемической болезни сердца (ИБС) на 50–74%, в то время как медицинские вмешательства снижают смертность от сердечно-сосудистых заболеваний на 23–47% (см. рис. 2). Это показывает, как важно для стран обеспечить устойчивое финансирование общественного здравоохранения и профилактических вмешательств. Даже небольшое увеличение процента средств из бюджета здравоохранения, направленных на профилактику, может потенциально иметь большое воздействие на снижение смертности и улучшение исходов в отношении здоровья.

Рис. 2. Вклад лечебных и профилактических вмешательств в снижение глобальной заболеваемости ИБС



Источник: Ford E, Ajani U, Croft J, Critchley J, Labarthe D, Kottke T, Giles W, Capewell S (2007).. *New England Journal of Medicine*, 356:2388–2398.

Источники финансирования

61. Что касается источников финансирования, разбивка расходов на цели общественного здравоохранения по секторам – государственному и частному – выявляет тот факт, что во многих странах основным источником финансирования являются государственные структуры, но при этом в ряде стран частные расходы имеют существенные масштабы, достигая 2,3% от общих расходов на здравоохранение в Нидерландах и 2,7% – в Словакии (ОЭСР, 2011 г.). В некоторых странах повышение роли частных источников финансирования являлось намеренной политикой, в том числе в некоторых странах Центральной и Восточной Европы, Юго-Восточной Европы и СНГ, где лаборатории получают дополнительный доход от коммерческой деятельности (ВОЗ, 2009b г.; Duran и Kutzin, 2010 г.; Gotsadze с соавт., 2010 г.). Например, в Словении институты по охране общественного здоровья в настоящее время получают часть своего финансирования за счет гонораров за услуги, что привело к рыночной ориентации и, как считается, сократило их ориентацию на общественное здравоохранение (ВОЗ, 2009a г.). В ряде стран СНГ, в числе которых Армения и Кыргызстан, введение платы за проверки в сфере общественного здравоохранения привело к непропорционально высокому числу таких проверок (Duran и Kutzin, 2010 г.).

62. Что касается государственного финансирования тех аспектов мероприятий по охране здоровья, которые связаны с системой здравоохранения, то можно сказать, что страны различаются по источникам финансирования (с основным разделением на финансирование за счет налогообложения и финансирование на основе социального страхования) и (в случае финансирования на основе налогообложения) имеет значение тот административный уровень, на котором оплачиваются мероприятия общественного здравоохранения. Высказывается предположение о том, что страны с моделями финансирования, основанными на социальном медицинском страховании, проводят не столь всеобъемлющие национальные мероприятия по охране здоровья по сравнению со странами, где финансирование основывается на налогообложении, за счет подхода, в большей степени ориентированного на население в первом случае (Allin с соавт., 2004 г.). Однако, механизмы финансирования в реальности намного сложнее, чем те два варианта, что приведены здесь, и также различаются в зависимости от вида мероприятия по охране здоровья (см. Рамку 3).

Рамка 3. Финансовые потоки на цели общественного здравоохранения в Эстонии

В Эстонии услуги и программы общественного здравоохранения финансируются через бюджетные ассигнования в Министерство социальных дел и национальный фонд медицинского страхования, а также через другие министерства и из муниципальных и частных источников. Фонд медицинского страхования Эстонии финансирует медицинские профосмотры, ориентированнные на различные группы риска, как являясь частью целенаправленных проектов по профилактике болезней, так и частью деятельности системы здравоохранения в целом. Национальные стратегии преимущественно финансируются посредством ассигнований из средств государственного бюджета, но некоторые межсекторальные стратегии общественного здравоохранения финансируются в значительной степени через другие министерства. Например, Национальная стратегия профилактики сердечно-сосудистых болезней на 2005–2020 гг. финансируется преимущественно другими министерствами, включая Министерство образования и науки. В дополнение к услугам, организованным на национальном уровне, наиболее крупные муниципалитеты финансируют ряд профилактических услуг в соответствии с местными потребностями. Некоторая часть финансовых средств на цели охраны общественного здоровья также поступает из Европейского социального фонда, а также из международных агентств, таких как Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией. В 2006 г. по сравнению с 1999 г. доля государственных бюджетных здравоохранительных ассигнований, направленных на цели охраны общественного здоровья, почти удвоились, достигнув 11,1% в 2006 г., но финансирование носит по-прежнему фрагментарный характер.

Суммы, выделенные определенным программам, являются целевыми, они обозначены в государственном бюджете и поэтому являются прозрачными и позволяют планировать мероприятия. В Эстонии систематическая деятельность по укреплению здоровья началась в 1993 г., когда Министерство социальных дел приняло решение создать систему финансирования национальных и местных проектов по укреплению здоровья. Система, основанная на изучении спроса, финансировалась из средств целевой доли бюджета Эстонского фонда медицинского страхования, и управление этой системой осуществлялось комитетом экспертов, который принимал решения и координировал оценку. Целью являлось формирвание спроса на мероприятия по укреплению здоровья на национальном и страновом уровнях и оказание помощи в укреплении потенциала и знаний в сфере укрепления здоровья. Заявки на проекты по укреплению здоровья представляются раз в год на конкурентной основе. С 2002 г. заявки на проекты должны включать критерии по измерению результатов проведения здравоохранительных мероприятий.

Можно сказать, что основной слабой стороной программ профилактики болезней является структура их финансирования. Каждой программе или стратегии выделяются средства на ежегодной основе, таким образом потенциально они могут лишиться финансирования в связи с краткосрочным характером бюджетирования. Такая форма финансирования также отрицательно влияет на более долгосрочное планирование, что является существенной слабой стороной финансовой структуры деятельности по профилактике болезней. Еще одной проблемой явоется тот факт, что некоторые службы не финансируются или не субсидируются в случае отсутствия медицинского страхования, что касается, например, ряда программ скрининга и консультирования врачами общей практики по общим вопросам здоровья, а это потенциально может иметь значение в плане неравенств в отношении охраны здоровья. Некоторые виды услуг также требуют высоких соплатежей от групп населения, у которых как раз могут возникать наибольшие затруднения с оплатой, – это касается таких услуг, как помощь в связи с токсикоманией (в случае, если услуги предоставляются медицинскими работниками, не заключившими контрактов с Национальным институтом развития здравоохранения) и всех услуг, связанных с алкогольной зависимостью.

Источник: Koppel с соавт., 2009 г.

63. В ряде стран, таких как Франция (Sandier с соавт., 2004 г.), многочисленность источников финансирования была отмечена как слабая сторона проведения мероприятий по профилактике болезней и укреплению здоровья. Отсутствие стабильного финансирования для этих видов деятельности было также отмечено в странах Юго-Восточной Европы, где финансирование часто производится не на плановой основе, а в связи со специальными мероприятиями, и в ряде случаев в значительной степени полагается на международные агентства, что ведет к бессистемному планированию и отсутствию общих стратегий. Кроме того, механизмы финансирования для многих мероприятий по профилактике болезней и укреплению здоровья, направленных на неинфекционные заболевания, не связаны с финансовой системой здравоохранения в целом, например, они могут финансироваться через национальный фонд медицинского страхования (ВОЗ, 2009b г.). Еще одной слабой стороной было названо отсутствие зависимости финансирования услуг общественного здравоохранения от результатов их деятельности (ВОЗ, 2009a г.).

64. И хотя в некоторых странах, где существуют системы медицинского страхования, финансируют мероприятия общественного здравоохранения из страховых фондов, во многих из этих стран большинство функций общественного здравоохранения финансируется отдельно от налогообложения. Германия является примером первой категории стран. Большая часть профилактических мер, направленных на индивидуумов – таких как иммунизация, программы скрининга и профилактических осмотров – осуществляется врачами, работающими на базе своих кабинетов, и из средств пакета пособий по болезни, вместе с тем мероприятия по укреплению здоровья на популяционном уровне также оплачиваются из средств пакета пособий по болезни (Busse и Riesberg, 2004 г.). В Хорватии также национальная программа вакцинации полностью покрывается из средств Института медицинского страхования (ВОЗ, 2007b г.).

65. В противоположность этому, в Нидерландах, стране, которая так же, как и Германия, в оплате лечебных медицинских услуг преимущественно полагаются на медицинское страхование, профилактические мероприятия финансируются за счет общего налогообложения (Schäfer с соавт., 2010 г.). В странах Центральной и Восточной Европы и странах СНГ также используются основанные на налогообложении бюджетные средства с центрального уровня для финансирования услуг общественного здравоохранения (Gotsadze с соавт., 2010 г.), при этом за период, прошедший после распада социалистической системы, не было проведено никаких значительных реформ (Duran и Kutzin, 2010 г.). Однако, даже в этих странах, как представляется, распространено сочетание различных источников государственного финансирования, как например, в Чешской Республике, где профилактические услуги, предоставляемые ВОП (вакцинация и скрининг), покрываются за счет льготного пакета фонда медицинского страхования, но Министерство здравоохранения предоставляет прямое, основанное на налогах финансирование услуг общественного здравоохранения, таких как специализированные программы здравоохранения (Bryndova с соавт., 2009 г.).

66. В Австрии также используются различные источники финансирования: две трети стоимости вакцин оплачиваются из средств федерального правительства, а одна шестая каждой из них оплачивается Länder и учреждениями социального медицинского страхования. Стоимость административной работы, распределения и осуществления вакцинации оплачивается из средств Länder. При финансировании мероприятий по укреплению здоровья также используется сочетание федеральных средств и средств Länder (Hofmarcher и Rack, 2006 г.). В Юго-Восточной Европе финансирование ключевых функций общественного здравоохранения, таких как вакцинация, производится непосредственно центральным государственным аппаратом (ВОЗ, 2009b г.).

67. Во многих европейских странах (включая Австрию, Нидерланды, Данию, Чешскую Республику и Соединенное Королевство), оплата медицинских работников первичного звена рассчитывается по комбинированной схеме, основанной на числе зарегистрированных пациентов (подушевое исчисление), размере гонорара за услуги, оплаты за осуществление определенных программ и оплаты непосредственно труда (Fujisawa и Lafortune, 2008 г.; Katić с соавт., 2012 г.). При оплате за труд или за выполнение программы обычно используются целевые ориентиры, часть которых связана с мероприятиями общественного здравоохранения. Например, в Швеции в

графствах администрация использует небольшой компонент оплаты за труд (составляющий 2–3% от общей оплаты), размер которого частично зависит от предоставления профилактических услуг (Anell с соавт., 2012г.). В Юго-Восточной Европе в ряде стран приняты такие комбинированные системы оплаты (Rechel с соавт., 2012 г.). В Черногории 10% заработка бригад врачей первичного звена непосредственно связаны с осуществлением профилактических программ (Ostojić и Andrić, 2012 г.).

68. Одной из моделей, которая вызвала большой интерес, является Система, основанная на качестве и результатах (Quality and Outcomes Framework), введенная в 2004 г. для сферы семейной медицины в Соединенном Королевстве (Katić с соавт., 2012 г.). Согласно этой системе ВОП получают дополнительные средства за соответствие ряду критериев, часть которых связана с профилактикой болезней (Boyle, 2011 г.), хотя свидетельства эффективности такой системы неоднозначны.

69. Во многих странах профилактические услуги покрываются главным государственным финансовым органом – например, в Эстонии это национальный фонд медицинского страхования (см. Рамку 3), в других, таких как Армения (Armenian с соавт., 2009 г.), отмечено отсутствие стимулов за услуги по профилактической медицине среди врачей, равно как и существование оплаты клиентами наличными. Задача создания устойчивой финансовой основы для мероприятий по укреплению здоровья была отмечена в нескольких странах. Проблема является особенно острой там, где механизмы финансирования не связаны с финансированием здравоохранения в целом, а скорее носят неплановый, бессистемный характер или основаны на внешнем финансировании (Bayarsaikhan и Muiser, 2007 г.; ВОЗ, 2009b г.). Для решения этого вопроса в Эстонии в 1995 г. была создана система финансирования проектов по укреплению здоровья, преимущественно из средств Эстонского фонда медицинского страхования, что в международной практике представляло собой достаточно исключительное явление (см. Рамку 3).

Налоги, предназначенные для целей общественного здравоохранения

70. Некоторые страны ввели целевое назначение определенных налогов для оплаты мероприятий общественного здравоохранения. В качестве одного из примеров можно назвать Австрию, где поступления от налогообложения табачной продукции должны быть использованы для оплаты профилактических медицинских осмотров и мер по укреплению здоровья (Hofmarcher и Rack, 2006 г.). Болгария взяла обязательство направлять 1% ресурсов, получаемых от акцизных сборов на табак и алкогольные напитки на цели программ по сокращению потребления табака, алкоголя и незаконных наркотических средств (ВОЗ, 2009b г.).

71. За исключением налогов на табак и алкоголь, где некоторые страны – такие как Соединенное Королевство – рассматривают их только как средство сокращения потребления (хотя многие по-прежнему используют их просто в качестве средства получения доходов), использование финансовых инструментов для корректировки стереотипов поведения таким образом, чтобы они соответствовали целям общественного здравоохранения, все еще недостаточно широко распространено. Однако некоторые страны уже работают в этом направлении, такие как Дания, которая ввела налог на пищевые продукты, содержащие трансжиры (Breda с соавт., 2013 г.), а также Финляндия и Франция, которые ввели налоги на безалкогольные прохладительные напитки с высоким содержанием сахара.

Уровень государственной власти

72. Страны в Европе также различаются по тому, какой уровень государственной власти предоставляет основанное на налогообложении финансирование для целей мероприятий общественного здравоохранения. В целом субнациональные уровни играют важную финансовую роль в федеральных или децентрализованных системах, где на масштабы финансирования могут оказывать воздействие местные бюджеты (см. Рамку 3).

73. Например, в Финляндии муниципалитеты отвечают за финансирование мероприятий по иммунизации, являясь также основными источниками финансирования мероприятий по укреплению здоровья, но выделяются средства также и из бюджета центральных органов власти (Vuorenkoski с соавт., 2008 г.). В Дании программы вакцинации также финансируются регионами (Strandberg-Larsen с соавт., 2007 г.), тогда как в Бельгии две трети стоимости вакцин оплачивается федеральным правительством и одна треть – местными сообществами (Gerkens и Merkur, 2010 г.). Почти во всех странах Центральной и Восточной Европы и СНГ основанное на налогообложении финансирование поступает из центральных органов власти, но существуют и исключения, как например, Польша, в которой введено совместное финансирование – также из средств местного правительства (Gotsadze с соавт., 2010 г.).

Воздействие экономического кризиса

74. Во многих странах в результате настоящего экономического кризиса финансирование общественного здравоохранения подвергается опасности, поскольку часто упускается из внимания польза в долгосрочной перспективе от вмешательств в сфере общественного здравоохранения (Martin-Moreno с соавт., 2012 г.). Многие структуры по осуществлению ОФОЗ в Европе уже подвергаются значительным сокращениям, а в ряде стран – включая Болгарию, Латвию и Соединенное Королевство – сокращены масштабы осуществляемых программ и вмешательств в сфере общественного здравоохранения (Aluttis с соавт., 2012 г.). В Рамке 4 приведен ряд примеров финансовых затруднений, которые оказывают воздействие на выполнение ОФОЗ.

Рамка 4. Примеры финансовых трудностей, оказывающих воздействие на осуществление ОФОЗ

Латвия: упразднение инфраструктуры общественного здравоохранения
До 2009 г. руководящей организацией в сфере общественного здравоохранения в Латвии являлось Агентство общественного здоровья. Но это агентство в сентябре 2009 г. было закрыто. Правительство объяснило это действие необходимостью сокращения государственных расходов. В 2010 г. правительство прервало осуществление мероприятий по укреплению общественного здоровья. В результате это серьезно сказалось на системе охраны общественого здоровья в Латвии, что может иметь негативные последствия для здоровья и благополучия населения этой страны.

Болгария: недостаточные финансовые вложения в программы общественного здравоохранения
Болгарские программы по охране общественного здоровья недостаточно финансируются. Даже обещанные средства часто не выделяются, и программы остаются незавершенными. В настоящее время единственной приоритетной задачей национальной политики здравоохранения, как представляется, является экономическая эффективность и качество больничных услуг.

Германия: общественное здравоохранение как «мягкий» политический вопрос
В Германии во времена экономических трудностей часто первыми подвергаются риску сокращения меры по укреплению здоровья или профилактике болезней. На национальной политической арене основным обсуждаемым вопросом является сдерживание затрат в медицинском секторе. Кроме того, поскольку продолжительность жизни населения высока и продолжает расти, многие политики не видят необходимости развития всесторонней повестки дня охраны общественного здоровья.

Источник: Aluttis с соавт., 2012 г.

Структуры руководства

Планирование и осуществление политики здравоохранения

75. Результаты исследования потенциала общественного здравоохранения в ЕС показали, что практически во всех государствах-членах ЕС существует специальный руководящий орган с полномочиями и ответственностью за вопросы, связанные с охраной общественного здоровья. Однако, в Австрии (являющейся федеральным государством) не существует четко обозначенного руководящего органа, четкой структуры общественного здравоохранения, стратегии или плана (Ladurner с соавт., 2011 г.), а в Латвии закрытие национального Агентства общественного здоровья привело к дезинтеграции системы общественного здравоохранения (Aluttis с соавт., 2012 г.).

76. Многие, но не все страны разработали свои среднесрочные либо долгосрочные стратегии общественного здравоохранения (см. Рамку 3). В Армении и в бывшей югославской Республике Македония, например, не существует всеобъемлющей национальной стратегии по охране общественного здоровья (ВОЗ, 2007e г.; Armenian с соавт., 2009 г.). В Эстонии (Koppel с соавт., 2009 г.) и Узбекистане (Министерство здравоохранения Республики Узбекистан, 2011 г.) также не существует общего видения деятельности сферы общественного здравоохранения.

77. В Словении услуги по охране общественного здоровья в основном планируются, предоставляются и контролируются сетью институтов общественного здравоохранения, которая включает национальный институт и девять региональных институтов. Следует отметить отсутствие четкой стратегии для сферы общественного здравоохранения, так же как и отсутствие четко определенных целевых ориентиров и общей миссии общественного здравоохранения. Эта слабая сторона оказывает воздействие на каждую область предоставления услуг по охране здоровья населения и приводит к отсутствию стратегического мышления по основным организационным вопросам, включая роли, функции и рабочие взаимоотношения среди всех наиболее крупных сторон и участников, ответственных за услуги общественного здравоохранения. В то же время, однако, существует ряд сильных сторон в организации общественного здравоохранения в рамках Министерства здравоохранения, в состав которого входит Директорат общественного здоровья, созданный в 2000 г. Благодаря Директорату, тема охраны общественного здоровья приобрела усиленное звучание в рамках Министерства (ВОЗ, 2009a г.).

78. Принятие в Ирландии в 2004 г. законодательства, обеспечивающего свободные от табачного дыма общественные и рабочие места, является примером победы общественного здравоохранения в его борьбе путем объединения различных политических и профессиональных интересов против сильной оппозиции со стороны ресторанно-гостиничного бизнеса и табачной промышленности (см. Рамку 5).

Рамка 5. Свободные от табачного дыма общественные и рабочие места в Ирландии

Ирландия была одной из первых европейских стран, принявшей 29 марта 2004 г. законодательство, запрещающее курение на рабочем месте. Дорогу этому законодательству проторили два национальных стратегических документа, один из которых – по созданию общества, свободного от табака – вышел в свет в 2000 г., а второй – по вредному воздействию вторичного табачного дыма – в 2003 г. Эти документы получили широкую общественную огласку и резонанс и активно обсуждались в академических, гражданских и политических кругах. Министерство здравоохранения также во главу угла своей повестки дня поставило борьбу с табакокурением и приняло активнейшее участие в дебатах. Инициатива по разработке законодательства, запрещающего курение на рабочем месте, получила решительную поддержку широкой общественности, представленных в парламенте политических партий и неправительственных учреждений.
Эффективное совместное выступление сторонников этой инициативы помогло заручиться поддержкой средств массовой информации, которые выступили с кампанией за запрещение табакокурения на рабочем месте. Через некоторое время подготовка проекта законодательства получила всестороннюю поддержку, что постепенно привело к ослаблению оппозиции, которая в основном состояла из представителей ресторанно-гостиничного бизнеса. Важным фактором, способствующим успеху, явился тот факт, что лица, формирующие политику, неустанно подчеркивали, что их целью является защита здоровья работающих от пассивного курения. Это пример успешной коалиции, работающей на благо общественного здравоохранения, состоящей из политических деятелей, общественности и средств массовой информации, которая показала, чего можно добиться, вдохновляя своим примером действующее в интересах общественного здоровья сообщество в масштабах всей Европы.

Источник: ВОЗ, 2005b г.

79. Разнообразие систем здравоохранения в Европе объясняется также различиями в механизмах руководства общественным здравоохранением на национальном уровне. Политическое лидерство зависит от того приоритетного значения, которое придается здравоохранению в рамках правительства, а также от организационного разделения полномочий между секторами. В ряде стран Европы существует отдельное министерство общественного здравоохранения, хотя статус министерства может быть различным. Например, учреждение поста Министра общественного здравоохранения последним правительством Соединенного Королевства просто означало переименование поста государственного министра (ниже уровня кабинета), хотя это событие имело большое символическое значение.

80. Мера проявления учреждениями общественного здравоохранения своей руководящей роли зависит от того, могут ли они выражать свое мнение и действовать самостоятельно, или, по крайней мере, с достаточной степенью независимости от правительства. Это справедливо также в отношении НПО, каковыми являются, например, многочисленные ассоциации пациентов, которые во многих странах организуют весьма влиятельные кампании (Jakubowski с соавт., 2013 г.).

81. Еще одну потенциально важную руководящую роль (как в политическом, так и техническом отношении) играет пост Главного медицинского специалист, или Генерального директора здравоохранения. Эта роль наиболее разработана в четырех территориях, составляющих Соединенное Королевство, а также в Ирландии, Швеции и Норвегии. Например, в Англии Главный медицинский специалист является основным медицинским советником при правительстве все медицинские работники в профессиональном плане. В большинстве других стран ЕС функции Главного медицинского сотрудника или и в его подчинении находятся эквивалентного поста имеют намного более ограниченный характер (Jakubowski с соавт., 2010 г.).

82. Разнообразие организационного устройства и полномочий означает широкий диапазон функций и ролей в общественном здравоохранении, который может сводиться к эпиднадзору за инфекционными болезнями, как это происходит в Австрии и Германии, или расширяться до функции борьбы с инфекционными и неинфекционными заболеваниями, ответных действий в ситуациях эпидемий и кризисов, а также выполнения Международных медико-санитарных правил (Jakubowski et al., 2013 г.).

Межсекторальное руководство

83. Для эффективной практики общественного здравоохранения необходимы межсекторальные действия. Гигиена окружающей среды, гигиена труда, безопасность пищевых продуктов, укрепление здоровья и оценка воздействия на здоровье – все эти области требуют межсекторальной работы (см. Рамку 6). Хотя Министерство здравоохранения обычно является руководящим органом в сфере укрепления и охраны здоровья, многие другие министерства играют весьма важную роль в вопросах общественного здравоохранения, как в формальном, так и неформальном отношении. Результаты исследования потенциала общественного здравоохранения в ЕС показали, что совместно с Министерством здравоохранения в проведении мероприятий, имеющих непосредственное отношение к охране общественного здоровья, постоянно участвовали министерства, работающие в следующих областях: окружающая среда, социальная сфера, сельское хозяйство, транспорт, образование, наука, юстиция и финансы (Aluttis с соавт., 2012 г.).

Рамка 6. Области, в которых межсекторальные действия очевидны

Гигиена окружающей среды
Детерминанты окружающей среды вносят вклад в бремя болезней и, по определению, формируются теми, кто отвечает за окружающую среду, начиная с местных сообществ до жилищной, транспортной, сельскохозяйственной системы, системы занятости и прочих, при этом необязательно в их число входят системы здравоохранения (Leonardi, 2013 г.). Но департаменты общественного здравоохранения на местном и национальном уровнях являются одними из главных участников работы в сфере гигиены окружающей среды (MacArthur, 2002 г.). Вопросы гигиены окружающей среды, такие как качество воздуха и воды, могут входить в сферу ответственности министерств окружающей среды, министерств здравоохранения, министерств сельского хозяйства, министерств социальных дел по отдельности, либо работающих в сотрудничестве.

Безопасность пищевых продуктов
Механизмы инспекции в сфере производства и поставок пищевых продуктов также различаются в масштабах Европы. Во многих странах Центральной и Восточной Европы проверками занимаются санитарные или ветеринарные инспекторы, министерства здравоохранения, министерства сельского хозяйства, министерства социальных дел или министерства окружающей среды (Tragakes с соавт., 2008 г.; ВОЗ, 2009b г.; Gotsadze с соавт., 2010 г.; Министерство здравоохранения Республики Узбекистан, 2011 г.). Во многих западноевропейских странах существуют специально назначенные агентства по безопасности пищевых продуктов или по защите прав потребителей (Busse и Riesberg, 2004 г.; Sandier с соавт., 2004 г.; ВОЗ, 2009b г.). Некоторые из этих национальных агенств или руководящих органов полностью отвечают за все компоненты пищевой цепи, включая все этапы их производства и хранения, «от фермы до стола» (Breda с соавт., 2013 г.).

Социальные неравенства
Действия в сфере политики по вопросам здравоохранения и социальных неравенств также были спланированы в целом ряде секторов вне сектора здравоохранения, преимущественно направленных на решение задач по вовлечению всех социальных групп общества и проблем, связанных с бедностью в странах, таких как Чешская Республика, Эстония, Ирландия, Норвегия, Словения, Бельгия, Польша, Испания, Англия и Финляндия. Стимулом для многих из этих действий по вовлечению всех социальных групп населения в жизнь общества послужили меры политики и действия на уровне ЕС (Needle и Chiotan, 2013 г.).

84. Многие страны в Европейском регионе ВОЗ, часто под влиянием проводимой ВОЗ политики «Здоровье для всех», приняли межсекторальную политику (Wismar и Martin-Moreno, 2013 г.). Предпринято ряд попыток провести учет межсекторальных мер политики, обращая внимание на различные страны и вопросы (van de Water и van Herten, 1998 г.; Busse и Wismar, 2002 г.; Wismar и Busse, 2002 г.).

85. К 2005 г. значительное число стран разработали и приняли политику «Здоровье для всех», а ряд стран находились в процессе ее разработки. Многие страны, разработавшие политику «Здоровье для всех» на национальном уровне, также приняли субнациональные меры политики (ВОЗ, 2005a г.). Сбор и систематизация информации были повторно проведены в 2011 г. в поддержку разрабатываемой новой европейской политики ВОЗ Здоровье-2020. Предварительные результаты показали, что страны постоянно находятся в процессе разработки, принятия и корректировки политики «Здоровье для всех». Со времени последнего сбора и систематизации

информации в 2004 г. 32 страны либо сформулировали меры политики «Здоровье для всех» впервые, либо возобновили существующие меры политики (Wismar и Martin-Moreno, 2013 г.).

86. И хотя формально политика сформулирована и существует в большинстве европейских стран, как представляется, структуры и потенциал для межсекторальных действий на настоящий момент еще не развиты в полной мере. Результаты исследования потенциала общественного здравоохранения в ЕС показали в целом слабость потенциала для осуществления межсекторального сотрудничества (Aluttis с соавт., 2012 г.). Хотя в ряде стран, таких как Финляндия или Швеция, существуют хорошо развитые межсекторальные структуры (Allin с соавт., 2004 г.; Glenngård с соавт., 2005 г.), другие иногда участвуют в оперативном сотрудничестве, но их структуры в недостаточной степени формализованы и постоянны (Rechel и Brand, 2013 г.).

87. Исследование потенциала общественного здравоохранения в ЕС установило, что механизмы для межсекторальной работы (в частности, в отношении решения проблемы социальных детерминант здоровья и неравенств в отношении охраны здоровья) являются относительно слабыми в 23 из 27 стран. Лишь в Финляндии, Литве и Нидерландах, как было установлено, потенциал развит в полной мере.

88. Согласно представленным данным, требуется дальнейшее развитие систематической институционализации концепции политики «Учет интересов здоровья во всех стратегиях» (например, посредством разработки законодательства) (Aluttis с соавт., 2012 г.). Было отмечено, что юридические механизмы и меры политики, функционирующие в поддержку таких партнерств, связывающих различных участников, в полной мере разработаны в Бельгии, Литве, Люксембурге, Швеции, Латвии, Финляндии и Нидерландах. С другой стороны, они практически отсутствуют в Австрии, Франции, Германии, Греции, Венгрии, Ирландии, Мальте и Польше (Aluttis с соавт., 2012 г.).

89. При проведении самооценки потенциала и услуг общественного здравоохранения в Юго-Восточной Европе было отмечено, что формализованные и постоянные структуры для межсекторального сотрудничества не являются широко распространенными в регионе. Многие страны еще не разработали прочных стратегических или оперативных механизмов между департаментами и министерствами (ВОЗ, 2007c г.; ВОЗ, 2007e г.; ВОЗ, 2009b г.). В Словении это было отнесено на счет отсутствия целевых ориентиров и четких стратегий (ВОЗ, 2009a г.).

90. Исключение составляет Болгария (см. Рамку 7), которая сообщила о существовании механизмов для всех случаев межсекторального сотрудничества, включая национальные советы, постоянные межведомственные советы, консультативные советы, постоянные группы экспертов и рабочие группы (ВОЗ, 2007a г.).

91. В целом межсекторальные действия во многих странах СНГ по-прежнему недостаточно развиты (Maier и Martin-Moreno, 2011 г.), при этом, возможно, исключение составляют национальные стратегии и программы по ВИЧ / СПИДу. В Армении проекты законов и мер политики в плановом порядке предоставляются в Министерство здравоохранения для комментариев относительно их воздействию на здоровье, но формального механизма для политики «Учет интересов здоровья во всех стратегиях» не существует (Maier с соавт., 2009 г.). В Узбекистане, как следует из предоставленной информации, межсекторальные действия между министерствами, агентствами и организациями осуществляются в недостаточной мере в сферах гигиены труда, гигиены окружающей среды, питания и профилактики болезней, при этом наибольшие проблемы существуют на региональном и местном уровнях. Пока не существует специального межсекторального агентства или координационного комитета по вопросам общественного здравоохранения на национальном уровне, хотя создание такого механизма предполагается (Министерство здравоохранения Республики Узбекистан, 2011 г.).

Рамка 7. Пример межсекторальных действий в Болгарии

Целью Плана действий в области пищевых продуктов и питания на 2005–2010 гг. в Болгарии является осуществление изменений в рационе и режиме питания населения таким образом, чтобы снизить как риск дефицита питательных микроэлементов, так и возникновение хронических болезней, связанных с питанием, с особым акцентом на борьбе с ожирением. Эти меры осуществляются с использованием межсекторального подхода через созданный с этой целью Национальный координационный совет. В совет входят Министерства сельского хозяйства, образования, экономики, труда и социальной политики, а также Агентство по делам молодежи и спорту, и репрезентативные ассоциации производителей пищевых продуктов и муниципалитеты. Особое внимание уделяется женщинам репродуктивного возраста и беременным, а также группам населения с низким уровнем дохода.
Источник: ВОЗ, 2007a г.; ВОЗ, 2009b г.

92. Можно выделить ряд структур и механизмов для руководства межсекторальными действиями (Mulgan, 2010 г.; Wismar и Martin-Moreno, 2013 г.).

- Связи между министерствами позволяют руководителям высшего звена встречаться и обсуждать вопросы, связанные со здоровьем. Существуют различные подходы к согласованию политики на уровне кабинета министров (Den Broeder и Wismar, 2012 г.). В Соединенном Королевстве основную роль играет Казначейство, используя согласованные механизмы политики при работе с каждым министерством (Smith, 2008 г.). Существуют также примеры установления связей между министерствами по конкретным проблемам, как например, произошло в отношении разработанного президентом Шираком французского плана по вопросам онкологии (Paris и Polton, 2008 г.) и последующего плана, инициированного президентом Саркози (Wismar и Martin-Moreno, 2013 г.).
- Подкомитеты кабинета министров являют собой межсекторальную структуру, которая может способствовать диалогу и сотрудничеству на правительственном уровне. Существуют постоянные и специальные комитеты. Подкомитеты, в названиях которых не содержится упоминания о здравоохранении, такие как правительственный подкомитет по устойчивости, тем не менее могут заниматься вопросами здравоохранения или какими-либо аспектами этой сферы (Metcalfe и Lavin, 2012 г.).
- Установление межминистерских связей может также осуществляться министрами здравоохранения, хотя переговоры не обязательно должны происходить за столом кабинета министров. Полномочия министров общественного здравоохранения могут варьироваться. Tessa Jowell, которая первой была назначена министром общественного здравоохранения в Соединенном Королевстве, сыграла видную роль в продвижении политики по борьбе с табаком, которая оказала воздействие на меры политики вне рамок Министерства здравоохранения. Однако, как было отмечено выше, учреждение ее поста просто означало переименование существующего поста государственного министра (первого заместителя министра), который находился в подчинении Государственного министра здравоохранения и не входил в состав кабинета министров. В Швеции пост министра общественного здравоохранения был учрежден в контексте национальной политики здравоохранения, которая всецело была сосредоточена на социальных детерминантах здоровья (Hogstedt с соавт., 2004 г.). Лицо, занимающее этот пост, отвечало за политику, с доступом к национальному руководящему комитету высокого уровня, состоящему из генеральных директоров ключевых национальных государственных агентств и к представителю региональных и местных органов власти (Pettersson, 2010 г.). Но теперь этот пост упразднен (Wismar и Martin-Moreno, 2013 г.).

- Комитеты парламента также могут способствовать межсекторальным действиям. В Соединенном Королевстве изучение вопроса о неравенствах в отношении здоровья, проведенное Специальным комитетом по здравоохранению, созданным по решению Палаты общин, показало, что парламент может выступать в качестве серьезного защитника политики «Учет интересов здоровья во всех стратегиях». В результате в парламенте была создана основа для общепартийного консенсуса (Earwicker, 2012 г.). Однако степень, в которой парламентские комитеты могут выполнять такую роль, будет зависеть от конституционального разделения властных полномочий.
- Межотраслевые комитеты являются наиболее часто используемыми структурами межотраслевого руководства (см. Рамку 8). Вместе с тем, эти комитеты часто непопулярны среди участников и могут стать механизмом, который используется для отсрочки и даже саботажа. Межсекторальные комитеты хорошо работают по «бюрократическим вопросам», по которым уже достигнуто политическое согласие (Greer, 2012 г.).

Рамка 8. Пример межсекторальных действий в Эстонии

Эстонский план развития в сфере пищевых продуктов был инициирован Министерством сельского хозяйства и одобрен правительством в декабре 2005 г. Под руководством Министерства сельского хозяйства был учрежден совет широкого состава для координации, подготовки и осуществления плана развития, который сосредоточивает свое внимание на повышении внимания потребителей к вопросам безопасности и качества пищевых продуктов, к компонентам здорового питания и традиционным пищевым продуктам.

Источник: Koppel с соавт., 2009 г.

- Организация совместных бюджетов из различных государственных источников финансирования является межсекторальной структурой, которая способствует финансированию мероприятий, связанных со здравоохранением. Совместные бюджеты используются в Англии и до некоторой степени, на экспериментальной основе, в Швеции. Особую проблему представляют установленные правила подотчетности, которые во многих странах не позволяет министерствам осуществлять совместное бюджетирование (McDaid с соавт., 2008 г.; McDaid, 2012 г.; Wismar и Martin-Moreno, 2013 г.).
- Одной из организационных форм межсекторального руководства является делегируемое финансирование, которое изыскивает и сводит воедино ресурсы за рамками министерства и позволяет осуществлять финансирование из неправительственных источников. В качестве примеров могут служить фонды по укреплению здоровья в Швейцарии и Австрии. И хотя фонды по укреплению здоровья иногда подвергались критике в связи с дублированием институциональной деятельности, которая подрывает авторитет существующих агентств по укреплению здоровья, имеются данные, позволяющие предположить, что они способствуют увеличению ресурсов, которые расходуются на цели укрепления здоровья (Schang с соавт., 2011 г.; Schang и Lin, 2012 г.). Германия также планировала учредить фонд по укреплению здоровья с ежегодным бюджетом 250 млн. евро, но дважды попытки получить одобрение парламента не увенчались успехом (Wismar и Martin-Moreno, 2013 г.).
- Консультация с общественностью – это механизм руководства, целью которого является привлечение к процессу широкой общественности (Gauvin, 2012 г.). Здесь существуют различные методы. Например, в Австрии использовался процесс консультации с общественностью для обсуждения новой межсекторальной политики в сфере охраны общественного здоровья. Обращение к общественности нашло довольно широкий отклик, при этом комментарии были получены более чем от 4 000 индивидуумов, НПО и других заинтересованных участников. Европейская комиссия в рамках своего общего процесса принятия решений использует консультирование с общественностью при представлении всех юридических и других масштабных предложений.

- Другой организационной формой руководства являются конференции здравоохранения, организуемые национальным, федеральным или региональным правительством, которые помогают установлению связи с заинтересованными участниками (см. Рамку 9). Примеры можно найти в Австрии, Германии и Франции. Лучше всего проанализирована система, существующая в Северной Рейн-Вестфалии, где по примеру государственной конференции по здравоохранению проводятся аналогичные конференции по здравоохранению в муниципалитетах. Результаты анализа и оценки были благоприятными, продемонстрировав адекватность этой системы в отношении формирования повестки дня, координации и совместного осуществления (Brand и Michelsen, 2012 г.).
- Государственно-частные партнерства (ГЧП) могут способствовать привлечению промышленности к действиям в интересах здоровья. Платформа ЕС по питанию, физической активности и здоровью является примером такого ГЧП, способствующего осуществлению совместных действий между Европейской комиссией, промышленностью и большим числом НПО. Некоторые страны повторили пример таких мероприятий на основе ЕС с аналогичными, а иногда и более узконаправленными национальными ГЧП (Kosinska и Palumbo, 2012 г.). Однако эти партнерства подвергаются все большей критике. Они чрезвычайно привлекательны для партнеров из сферы промышленности – в частности, пищевой, алкогольной и ресторанно-гостиничной отрасли – которые могут использовать такие партнерства для получения доступа к министрам и продвижения имиджа корпоративной социальной ответственности. Желание добиться того, чтобы производители потенциально вредных веществ добровольно сократили вредное воздействие их продуктов, вполне очевидно, однако достичь этого весьма сложно. Тактика, принятая рядом ведущих пищевых и алкогольных корпораций, аналогична тактике, которая традиционно ассоциируется с табачной промышленностью, например, (при существовании многочисленных данных, свидетельствующих о противоположном) она заключается в настойчивом утверждении, что основной причиной повышения уровней ожирения является недостаточная физическая активность, а вовсе не потребление сахара (Basu с соавт., 2012 г.). В связи с этим сообщество, действующее в интересах охраны общественного здоровья, все в большей мере призывает к тому, чтобы совместная работа с промышленностью подкреплялась реалистичной угрозой разработки законодательных мер.

Рамка 9. Примеры структур межсекторального руководства

Германия: советы по здравоохранению
Германская система здравоохранения включает федеральное законодательство и правительственные регламенты на региональном (Länder) и местном уровнях. Многие региональные правительства создали так называемые Gesundheitskonferenzen (советы по здравоохранению), которые предоставляют форум за круглым столом для всех крупнейших заинтересованых участников системы здравоохранения с тем, чтобы они могли обсудить и договориться по вопросам (общественного) здравоохранения без оформления обязательных соглашений. Эти конференции являют собой платформу для координации в сфере общественного здравоохранения в рамках весьма плюралистичной системы здравоохранения.
Польша: многостороннее участие в национальной стратегии в интересах здоровья
На период 2007–2015 гг. была разработана Национальная программа здравоохранения, определяющая стратегии и меры политики Польши в отношении (общественного) здравоохранения. В программе задействовано более 30 организаций из различных секторов, включая государственные агентства и гражданское общество.

Источник: Aluttis с соавт., 2012 г.

93. Необходимо отметить, что использование структур межсекторального руководства широко варьируется по странам. Лишь в очень небольшом числе стран существуют министерства общественного здравоохранения, при этом многие из них появились совсем недавно в структуре межсекторального руководства. Систематическое использование национальных или государственных конференций по здравоохранению, как следует из предоставленной информации, осуществляется лишь в нескольких странах. Совместное бюджетирование или делегирование

финансирования, хотя и вызывают большой интерес, но применяются лишь весьма выборочно (Wismar и Martin-Moreno, 2013 г.).

Выводы

94. Целью настоящего обзора являлось установление и оценка институциональных моделей осуществления ОФОЗ в Европе. Однако авторам оказалось трудно найти даже самую базовую информацию относительно организации мероприятий общественного здравоохранения для ряда стран, а имеющаяся информация преимущественно основана на самоотчетах, при этом достоверность данных не подтверждена. Хотя Европейское региональное бюро ВОЗ поддерживало проведение анализа и оценки услуг общественного здравоохранения, такие оценки были проведены лишь в небольшой части европейских стран. Кроме того, материалы многих из этих оценок так и остались лишь в форме проектов, при этом качество и объективность проведенных оценок значительно различаются. Еще одним из основных источников информации явилось исследование потенциала общественного здравоохранения в ЕС, но это исследование не охватывало всех аспектов ОФОЗ достаточно глубоко и базировалось на ключевых источниках информации. Дополнили общую картину страновые отчеты Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, но предоставляемая ими информация по структурам общественного здравоохранения также значительно варьируется.

95. Тем не менее, представленный в данном отчете материал позволяет сделать некоторые предварительные выводы. Первый вывод заключается в том, что базовые институциональные структуры осуществления ОФОЗ все еще не представлены в полной мере в странах Европейского региона. Во многих странах можно установить области для дальнейшего развития. В контексте настоящего экономического кризиса широко распространены опасения относительно невозможности дальнейшего сохранения существующих структур (Rechel с соавт., 2011 г.). Кроме того, необходимо подчеркнуть, что только лишь институциональных моделей недостаточно для проведения в жизнь улучшений в отсутствие достаточного финансирования и политической воли.

96. Еще один из основных выводов настоящего обзора заключается в широком разнообразии организации ОФОЗ в масштабах Европейского региона, что оказывает воздействие на руководство, осуществление функций и финансирование. Например, данные обзора позволяют предположить, что ряд федеральных или децентрализованных систем общественного здравоохранения сталкиваются с проблемами обеспечения социальной справедливости в различных территориях стран. Но вместе с тем, децентрализация также может помочь службам общественного здравоохранения более оперативно реагировать на местные потребности (Mays с соавт., 2009 г.). Необходимо проведение более систематического сравнения и анализа структур общественного здравоохранения в Европе с тем, чтобы установить, какие организационные структуры и финансовые механизмы наиболее эффективны и результативны.

97. ВОЗ, с возобновленным вниманием и приверженностью обратившись к проблеме укрепления потенциала и услуг общественного здравоохранения, призывает страны применить всесторонний подход, направленный на стратегические действия, отражающие современную практику общественного здравоохранения. Европейский план действий по укреплению потенциала и служб общественного здравоохранения под руководством Европейского регионального бюро ВОЗ устанавливает основные направления действий. Основываясь на результатах данного обзора, План действий предлагает серию действий по обеспечению устойчивых организационных структур и финансирования, которые надлежит осуществлять совместно государствам-членам и Региональному бюро. Ключевой задачей является выполнение Плана действий как такового, включая ОФОЗ, а государства-члены могут рассмотреть вопрос о введении механизмов, которые позволят им проводить мониторинг и оценку хода работы на постоянной основе.

98. Совершенно очевидна необходимость в проведении большего количества научных исследований по организации общественного здравоохранения в Европе, начиная от описания

существующей практики и кончая оценкой наиболее эффективных мер и механизмов и выявления причин их эффективности. В конечном итоге необходимо будет провести оценку структур общественного здравоохранения в зависимости от улучшений в здоровье населения, которые будут достигнуты с их помощью (Brand с соавт., 2006 г.). Однако, как представляется, именно этой информации и не достает. Не только существует очень небольшое число проведенных исследований по оценке эффективности программ профилактики болезней в среднесрочной перспективе, как было отмечено в Эстонии (Koppel с соавт., 2009 г.), но в целом отсутствует также информация по анализу организационных реформ в более широком плане (Maier и Martin-Moreno, 2011 г.). И, что самое главное, эмпирические данные об эффективности или результативности различных структур общественного здравоохранения до сих пор отсутствуют, придавая значительную меру неопределенности таким аспектам, как воздействие, эффективность и результативность различных структур руководства и механизмов финансирования (Mays с соавт., 2009 г.).

99. В данном обзоре отмечается ряд пробелов в научных исследованиях и в понимании того, каким образом ОФОЗ организованы, финансируются и осуществляются в масштабах Европейского региона, а также того, какие факторы влияют на эффективность, результативность, оперативность реагирования на потребности населения в отношении охраны здоровья и устойчивость этих услуг. Сложность институциональных моделей осуществления ОФОЗ требует инновационной постановки научных исследований вкупе с серьезными аналитическими подходами, которые основываются на многопрофильной базе с использованием различных методологий. Для того чтобы усилия по улучшению базы данных относительно институциональных моделей осуществления ОФОЗ не ослабевали, требуется неустанная приверженность делу наращивания ресурсов для получения убедительных научных данных на местном, региональном и национальном уровнях. Необходимо, чтобы непосредственное участие в создании концепции, постановке и проведении научных исследований в этой области принимали учреждения общественного здравоохранения, а также научные исследователи самого широкого диапазона дисциплин.

Рекомендации

100. Признавая существующие пробелы в данных, следует отметить, что информация, собранная в ходе проведения данного обзора, позволяет предложить следующие рекомендации государствам-членам Европейского региона ВОЗ.

Оценка ОФОЗ и потребностей в отношении охраны здоровья

- Предоставлять поддержку в проведении объективных и сравнительных исследований по оценке всего диапазона ОФОЗ в государствах-членах.
- Создать и согласовать работу эффективных систем по непрерывному улучшению качества ОФОЗ с четко очерченными процедурами подотчетности.

Приоритизация и установление временных рамок

- Реализовывать формальные механизмы приоритизации мероприятий (такие, как целевые ориентиры в отношении здоровья на основании потребностей и ресурсов здравоохранения).
- Обеспечить создание и реализацию национальных стратегий здравоохранения и связанной с этим оценки деятельности по осуществлению ОФОЗ, стандартов и целевых ориентиров.

Организационные модели осуществления и финансирования ОФОЗ

- Совершенствовать горизонтальную и вертикальную интеграцию ОФОЗ с целью предупреждения дублирования и улучшения результативности и эффективности.
- Обеспечить сбалансированное сочетание национальных, региональных и местных механизмов для создания оперативно реагирующих на потребности населения в отношении охраны здоровья услуг, которые способны устанавливать риски и решать проблемы, связанные с социальной несправедливостью.
- Обеспечить устойчивое и долгосрочное финансирование ОФОЗ, включая, там где это уместно, использование финансовых стимулов или налогов для целей общественного здравоохранения.

Руководство, анализ и мониторинг

- Укреплять региональный и местный потенциал посредством надлежащего руководства, четкого мониторинга и механизмов отчетности, а также адекватного надзора за осуществлением ОФОЗ и подходов.
- Там, где полномочия по осуществлению мероприятий общественного здравоохранения делегированы на субнациональные уровни, обеспечить справедливое финансирование и предоставление услуг.

Межсекторальный подход

- Предоставлять поддержку в использовании межсекторальных, прогрессивных, интегрированных подходов к решению сложных проблем и задач общественного здравоохранения.

Научные исследования

- Предоставлять поддержку развитию доказательной базы данных, которая внесет ясность в вопрос о том, какие именно институциональные модели или механизмы являются более результативными, чем другие, и в каких условиях.

Предварительный план будущего исследования

101. Результаты нашего обзора указали на отсутствие убедительных эмпирических данных по различным структурам общественного здравоохранения, функционирующим в Европейском регионе ВОЗ, при этом пробелы в информации касаются многих стран и функций общественного здравоохранения; очень немного информации имеется по способности структур оперативно учитывать потребности в отношении здоровья, по эффективности, результативности и устойчивости. Для выяснения вопроса о том, какие организационные структуры и финансовые механизмы являются наиболее эффективными, требуется проведение более систематического сравнения и анализа структур общественного здравоохранения.

102. Суть в том, что если лица, ответственные за принятие решений в Европе, намерены улучшить осуществление ОФОЗ и перенять позитивный опыт других, они должны инвестировать значительные ресурсы лишь для описания того, что уже происходит. По результатам обзора можно также сделать вывод о том, что необходимо улучшить качество и достоверность поступающей информации, при этом помимо данных, предоставляемых ключевыми источниками и министерствами здравоохранения, необходимо получать данные из более объективных источников информации.

103. На основании этих выводов авторы предлагают создать доказательную базу данных, которая позволит понять, какие именно институциональные модели или механизмы являются наиболее эффективными, и в каких условиях. Ниже приводится предварительный план будущего исследования, которое может восполнить некоторые пробелы в имеющихся знаниях.

- Условия: пять стран из всего Европейского региона ВОЗ, в том числе по одной стране из Западной Европы, Северной Европы, Юго-Восточной Европы, Центральной Европы и СНГ. Либо это может быть исследование, охватывающее двенадцать стран, с более узкой аналитической направленностью на изучение затрат, связанных с различным организационным устройством, и получаемой пользы.
- Методы: анализ документов, дополненный интервьюированием ключевых заинтересованных сторон.
- Продолжительность: два года.
- Кадровые ресурсы: два сотрудника, работающих на полной ставке в координационном учреждении, три или четыре исследователя, работающие на полную ставку в каждой из изучаемых стран; вклад со стороны международного консультативного комитета.
- Приблизительная стоимость: 1,5 млн долл. США.

Использованные источники

1. Albreht T, Turk E, Toth M, Ceglar J, Marn S, Pribaković Brinovec R, Schäfer M, Avdeeva O and van Ginneken E (2009). Slovenia: health system review. *Health Systems in Transition*, 11(3): 1–168 (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/96367/E92607.pdf, по состоянию на 4 июля 2012 г.).
2. Allin S, Mossialos E, McKee M and Holland W (2004). *Making decisions on public health: a review of eight countries*. Copenhagen, World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/98413/E84884.pdf, по состоянию на 4 июля 2012 г.).
3. Aluttis C, Baer B, Barnhoorn F, Brand H, van den Broucke S, Chiotan C, Costongs C, Jelfs E, Levin-Zamir D, Michelsen K, Otok R and Rechel B (2012). *Reviewing public health capacity in the EU*. Maastricht, Maastricht University.
4. Anell A, Glenngård A and Merkur S (2012). Sweden: health system review. *Health Systems in Transition*, 14(5): 1–159 (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/164096/e96455.pdf, по состоянию на 4 июля 2012 г.).
5. Armenian HK, Crape B, Grigoryan R, Martirosyan H, Petrosyan V and Truzyan N (2009). *Analysis of public health services in Armenia*. Yerevan, American University of Armenia.
6. Barros PP and de Almeida Simoes J (2007). Portugal: health system review. *Health Systems in Transition*, 9(5): 1–142 (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/107842/E90670.pdf, по состоянию на 4 июля 2012 г.).
7. Basu S, Stuckler D, McKee M and Galea G (2012). Nutritional drivers of worldwide diabetes: an econometric study of food markets and diabetes prevalence in 173 countries. *Public Health Nutrition*, doi:10.1017/S1368980012002881.
8. Bayarsaikhan D and Muiser J (2007). *Financing health promotion*. Geneva, World Health Organization (http://www.who.int/health_financing/documents/dp_e_07_4-health_promotion.pdf, по состоянию на 4 июля 2012 г.).
9. Boyle S (2011). United Kingdom (England): health system review. *Health Systems in Transition*, 13(1): 1–486 (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/135148/e94836.pdf, по состоянию на 4 июля 2012 г.).
10. Brand H, Cornelius-Taylor B, Michelsen K and Schröder-Bäck P (2008). Evaluation of Public Health Reports in Europe. *Prävention*, 31(3): 75–78.
11. Brand H and Michelsen K (2012). Collaborative governance: the example of health conferences. In: McQueen D et al., eds. *Intersectoral governance for Health in All Policies* (forthcoming). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory for Health Systems and Policies.
12. Brand H, Schröder P, Davies JK, Escamilla I, Hall C, Hickey K, Jelastopulu E, Mechtler R, Yared WT, Volf J and Weihrauch B (2006). Reference frameworks for the health management of measles, breast cancer and diabetes (type II). *Central European Journal of Public Health*, 14(1): 39–45.
13. Breda J, Wijnhoven T, Bollars C and Margetts B (2013). Food security and healthier foods. In: Rechel B and McKee M, eds. *Facets of public health* (forthcoming). Copenhagen, World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
14. Bryndová L, Pavloková K, Roubal T, Rokosová M, Gaskins M and van Ginneken E (2009). Czech Republic: health system review. *Health Systems in Transition*, 11(1): 1–122 (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/97633/E92968.pdf, по состоянию на 4 июля 2012 г.).
15. Busse R and Riesberg A (2004). *Health care systems in transition: Germany*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/80703/E85472.pdf, по состоянию на 4 июля 2012 г.).

16. Busse R and Wismar M (2002). Health target programmes and health care services–any link? A conceptual and comparative study (part 1). *Health Policy*, 59(3): 209–221.
17. de Bekker-Grob E, Polder J, Mackenbach J and Meerding W (2007). Towards a comprehensive estimate of national spending on prevention. *BMC Public Health*, 7(252).
18. Den Broeder L and Wismar M (2012). Ministerial linkages. In: McQueen D et al., eds. *Intersectoral governance for Health in All Policies* (forthcoming). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory for Health Systems and Policies.
19. Duran A and Kutzin J (2010). Financing of public health services and programmes: time to look into the black box. In: Kutzin J et al., eds. *Implementing health financing reform: lessons from countries in transition*. Copenhagen, World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies: 247–268 (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0014/120164/E94240.pdf, по состоянию на 4 июля 2012 г.).
20. Earwicker R (2012). Parliamentary committees. In: McQueen D et al., eds. *Intersectoral governance for Health in All Policies* (готовится к публикации). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory for Health Systems and Policies.
21. Economou C (2010). Greece: health system review. *Health Systems in Transition*, 12(7): 1–180 (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/130729/e94660.pdf, accessed 4 Jul 2012).
22. Fujisawa R and Lafortune G (2008). *The remuneration of general practitioners and specialists in 14 OECD countries: what are the factors influencing variations across countries?* Paris, OECD (http://www.oecd.org/dataoecd/51/48/41925333.pdf, по состоянию на 4 июля 2012 г.).
23. García-Armesto S, Begoña Abadía-Taira M, Durán A, Hernández-Quevedo C and Bernal-Delgado E (2010). Spain: health system review. *Health Systems in Transition*, 12(4): 1–295 (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/128830/e94549.pdf, по состоянию на 4 июля 2012 г.).
24. Gauvin, FP (2012). Public engagement. In: McQueen D et al., eds. *Intersectoral governance for Health in All Policies* (forthcoming). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory for Health Systems and Policies.
25. Gerkens S and Merkur S (2010). Belgium: health system review. *Health Systems in Transition*, 12(5): 1–266 (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0014/120425/E94245.PDF, по состоянию на 4 июля 2012 г.).
26. Glenngård A, Hjalte F, Svensson M, Anell A and Bankauskaite V (2005). *Health systems in transition: Sweden*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
27. Global health expenditure database [online database] (2012). Geneva, World Health Organization (http://apps.who.int/nha/database/DataExplorer.aspx?ws=0&d=1, по состоянию на 4 июля 2012 г.).
28. Gotsadze G, Chikovani I, Goguadze K, Balabanova D and McKee M (2010). Reforming sanitary-epidemiological service in central and eastern Europe and the former Soviet Union: an exploratory study. *BMC Public Health*, 10(440).
29. Greer S (2012). Interdepartmental committees and support units. In: McQueen D et al., eds. *Intersectoral governance for Health in All Policies* (готовится к публикации). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory for Health Systems and Policies.
30. Hofmarcher M and Rack HM (2006). Austria: health system review. *Health Systems in Transition*, 8(3): 1–247 (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/96435/E89021.pdf, по состоянию на 4 июля 2012 г.).
31. Hogstedt C, Lundgren B, Moberg H, Pettersson B and Agren G (2004). The Swedish public health policy and the National Institute of Public Health. *Scandinavian Journal of Public Health: Supplement*, 64: 6–64.
32. Holland W, Stewart S and Masseria C (2006). *Policy brief: screening in Europe*. Copenhagen, World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/108961/E88698.pdf, по состоянию на 4 июля 2012 г.).

33. Jakubowski E, Donaldson L and Martin-Moreno JM (2013). Developing public health leadership. In: Rechel B and McKee M, eds. *Facets of public health* (готовится к публикации). Copenhagen, World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
34. Jakubowski E, Martin-Moreno JM and McKee M (2010). The governments' doctors: the roles and responsibilities of chief medical officers in the European Union. *Clinical Medicine*, 10(6): 560–562.
35. Kaiser S and Mackenbach J (2008). Public health in eight European countries: an international comparison of terminology. *Public Health*, 122(2): 211–216.
36. Katić M, Jurković D and Jureša V (2012). The combined way of paying family medicine in Croatia. In: Bartlett W et al., eds. *Health reforms in south east Europe*. Basingstoke, Palgrave Macmillan: 193–206.
37. Kilpeläinen K, Aromaa A and the ECHIM project, eds. (2008). *European health indicators: development and initial implementation. Final report of the ECHIM project*. Helsinki, KTL (http://www.echim.org/docs/ECHIM_final_report.pdf, по состоянию на 4 июля 2012 г.).
38. Kim R, Rantanen J, Lehtinen S and Husberg W (2013). Occupational health and safety. In: Rechel B and McKee M, eds. *Facets of public health* (forthcoming). Copenhagen, World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
39. Koppel A, Kahur K, Habicht T, Saar P, Habicht J and van Ginneken E (2008). Estonia: health system review. *Health Systems in Transition*, 10(1): 1–230 (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/80687/E91372.pdf, по состоянию на 4 июля 2012 г.).
40. Koppel A, Leventhal A and Sedgley M, eds. (2009). *Public health in Estonia 2008: an analysis of public health operations, services and activities*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/97792/E92578.pdf, по состоянию на 4 июля 2012 г.).
41. Kosinska M and Palumbo L (2012). Industry engagement. In: McQueen D et al., eds. *Intersectoral governance for Health in All Policies* (forthcoming). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory for Health Systems and Policies.
42. Ladurner J, Gerger M, Holland W, Mossialos E, Merkur S, Stewart S, Irwin R and Soffried J, eds. (2011). *Public Health in Austria: an analysis of the status of public health*. Copenhagen, World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/153868/e95955.pdf, по состоянию на 4 июля 2012 г.).
43. Leonardi G (2013). Environmental health. In: Rechel B and McKee M, eds. *Facets of public health* (forthcoming). Copenhagen, World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
44. Lo Scalzo A, Donatini A, Orzella L, Cicchetti A, Profili S and Maresso A (2009). Italy: health system review. *Health Systems in Transition*, 11(6): 1–216 (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/87225/E93666.pdf, по состоянию на 4 июля 2012 г.).
45. MacArthur ID (2002). *Local environmental health planning: guidance for local and national authorities*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (WHO Regional Publications, European Series, No. 95; http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/98412/E76436.pdf, по состоянию на 4 июля 2012 г.).
46. Mackenbach J and McKee M (2012). *Successes and failures of health policy in Europe over four decades: diverging trends, converging challenges*. Buckingham, Open University Press.
47. Maier C, Palm W, Martin-Moreno JM, Mircheva D and Haralanova M (2009). The reform of public health and the role of the sanitary-epidemiological services (sanepid) in the newly independent states. *Meeting report, Bishkek, Kyrgyzstan, 10–12 November 2008*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
48. Maier C and Martin-Moreno JM (2011). Quo vadis SANEPID? A cross-country analysis of public health reforms in 10 post-Soviet states. *Health Policy* 102(1): 18–25.

49. Martin-Moreno JM, Anttila A, von Karsa L, Alfonso-Sanchez JL and Gorgojo L (2012). Cancer screening and health system resilience: keys to protecting and bolstering preventive services during a financial crisis. *European Journal of Cancer*, doi:10.1016/j.ejca.2012.02.060.
50. Mays GP, Scutchfield F, Bhandari M and Smith S (2010). Understanding the organization of public health delivery systems: an empirical typology. *The Milbank Quarterly*, 88(1): 81–111.
51. Mays GP, Smith S, Ingram R, Racster L, Lamberth C and Lovely E (2009). Public health delivery systems: evidence, uncertainty, and emerging research needs. *American Journal of Preventive Medicine*, 36(3): 256–265.
52. McDaid D (2012). Joint budgets. In: McQueen D et al., eds. *Intersectoral governance for Health in All Policies* (готовится к публикации). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory for Health Systems and Policies.
53. McDaid D, Drummond M and Suhrcke M (2008). *How can European health systems support investment in and the implementation of population health strategies?* Copenhagen, World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/75492/E91445.pdf, по состоянию на 4 июля 2012 г.).
54. McDaid D, Wiley M, Maresso A and Mossialos E (2009). Ireland: Health system review. *Health Systems in Transition*, 11(4): 1–268 (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/85306/E92928.pdf, по состоянию на 4 июля 2012 г.).
55. McKee M and Atun R (2006). Beyond borders: potential gaps in the international system of public health surveillance. *Lancet*, 367(9518): 1224–1226.
56. McKee M, Hurst L, Aldridge R, Raine R, Mindell J, Wolfe I and Holland W (2011). Public health in England: an option for the way forward? *Lancet*, 378(9790): 536–539.
57. Metcalfe O and Lavin T (2012). Cabinet committees. In: McQueen D et al., eds. *Intersectoral governance for Health in All Policies* (forthcoming). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory for Health Systems and Policies.
58. Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan (2011). *Self-assessment of public health services in the Republic of Uzbekistan: technical report*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/148377/PHSS_report_MAH.pdf, по состоянию на 4 июля 2012 г.).
59. Mulgan G (2010). Holistic government and what works. *Public Health Bulletin SA*, 7(2): 12–14.
60. Needle C and Chiotan C (2013). Tackling the social determinants of health. In: Rechel B and McKee M, eds. *Facets of public health* (). Copenhagen, World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
61. OECD (2011). *Health data 2011: statistics and indicators*. Paris, OECD.
62. OECD, Eurostat and WHO (2011). *A system of health accounts*, 2011 ed. Paris, OECD (http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/a-system-of-health-accounts_9789264116016-en, по состоянию на 4 июля 2012 г.).
63. OECD and WHO (2011). *OECD Reviews of Health Systems: Switzerland*. Paris, OECD (http://www.oecd.org/document/48/0,3746,en_2649_33929_48592816_1_1_1_1,00.html, по состоянию на 4 июля 2012 г.).
64. Ostojić Đ and Andrić R (2012). Reforms of the organization and financing of primary health care in Montenegro. In: Bartlett W et al., eds. *Health reforms in south east Europe*. Basingstoke, Palgrave Macmillan: 207–217.
65. Paris V and Polton D (2008). France: targeting investment in health. In: Wismar M et al., eds. *Health targets in Europe: learning from experience*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies: 101–122 (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/98396/E91867.pdf, по состоянию на 4 июля 2012 г.).

66. Pettersson B (2010). Health in All Policies across jurisdictions–snapshot from Sweden. *Public Health Bulletin SA*, 7(2): 17–20.
67. Popovich L, Potapchik E, Shishkin S, Richardson E, Vacroux A, and Mathivet B (2011). Russian Federation: health system review. *Health Systems in Transition*, 13(7): 1–190.
68. Rachiotis G, Alexopoulos C and Drivas S (2010). Occupational morbidity and the state of occupational health in Greece. *Occupational Medicine*, 60(4): 315–316.
69. Rechel B, Bozikov J and Bartlett W (2012). Lessons from two decades of health reforms in south east Europe. In: Bartlett W et al., eds. *Health reforms in south east Europe*. Basingstoke, Palgrave Macmillan: 229–239.
70. Rechel B and Brand H (2013). Organization and financing of public health in Europe. In: Rechel B and McKee M, eds. *Facets of public health* (forthcoming). Copenhagen, World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
71. Rechel B and McKee M (2006). Health systems and policies in south-eastern Europe. In: Council of Europe Development Bank and WHO, *Health and economic development in south-eastern Europe*. Paris, World Health Organization: 43–69 (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/74748/E89184.pdf, по состоянию на 4 июля 2012 г.).
72. Rechel B and McKee M, eds. (2013). *Facets of public health* (forthcoming). Copenhagen, World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
73. Rechel B, Suhrcke M, Tsolova S, Suk JE, Desai M, McKee M, Stuckler D, Abubakar I, Hunter P, Senek M and Semenza JC (2011). Economic crisis and communicable disease control in Europe: A scoping study among national experts. *Health Policy*, 103(2–3): 168–175.
74. Ricciardi W, Keskimäki I and Boccia S (2013). Generating knowledge for public health. In: Rechel B and McKee M, eds. *Facets of public health* (forthcoming). Copenhagen, World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
75. Richardson E, Boerma W, Malakhova I, Rusovich V and Fomenko A (2008). Belarus: health system review. *Health Systems in Transition*, 10(6): 1–118 (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/91486/E92096.pdf, по состоянию на 4 июля 2012 г.).
76. Rowe L and Rechel B (2006). Fighting tuberculosis and HIV/AIDS in northeast Europe: sustainable collaboration or political rhetoric? *European Journal of Public Health*, 16(6): 609–614.
77. Saltman RB, Allin S, Mossialos E, Wismar M and Kutzin J (2012). Assessing health reform trends in Europe. In: Figueras J and McKee M, eds. *Health systems, health, wealth and societal well-being*. Maidenhead, Open University Press: 209–246(http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/164383/e96159.pdf, по состоянию на 4 июля 2012 г.).
78. Saltman RB, Bankauskaite V and Vrangbæk K, eds. (2007). *Decentralization in health care: strategies and outcomes*. Maidenhead, Open University Press (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/98275/E89891.pdf, по состоянию на 4 июля 2012 г.).
79. Sandier S, Paris V and Polton D (2004). *Health care systems in transition: France*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/80694/E83126.pdf, по состоянию на 4 июля 2012 г.).
80. Schäfer W, Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Westert G, Devillé W and van Ginneken E (2010). The Netherlands: health system review. *Health Systems in Transition*, 12(1): 1–229 (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/85391/E93667.pdf, по состоянию на 4 июля 2012 г.).
81. Schang L, Czabanowska K and Lin V (2011). Securing funds for health promotion: lessons from health promotion foundations based on experiences from Austria, Australia, Germany, Hungary and Switzerland. *Health Promotion International*, doi: 10.1093/heapro/dar023.

82. Schang L and Lin V (2012). Delegated financing. In: McQueen D et al., eds. *Intersectoral governance for Health in All Policies* (готовится к публикации). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory for Health Systems and Policies.

83. Sensenig AL (2007). Refining estimates of public health spending as measured in national health expenditures accounts: the United States experience. *Journal of Public Health Management and Practice*, 13(2): 103–114.

84. Smith P (2008). England: intended and unintended effects. In: Wismar M et al., eds. *Health targets in Europe: learning from experience*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies: 63–82 (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/98396/E91867.pdf, по состоянию на 4 июля 2012 г.).

85. Strandberg-Larsen M, Nielsen MB, Vallgårda S, Krasnik A, Vrangbæk K and Mossialos E (2007). Denmark: health system review. *Health Systems in Transition*, 9(6): 1–164 (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/80581/E91190.pdf, по состоянию на 4 июля 2012 г.).

86. Tragakes E, Brigis G, Karaskevica J, Rurane A, Stuburs A, Zusmane E, Avdeeva O and Schäfer M (2008). Latvia: health system review. *Health Systems in Transition*, 10(2): 1–253 (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/95124/E91375.pdf, по состоянию на 4 июля 2012 г.).

87. van de Water H and van Herten L (1998). *Health policies on target? Review of health target and priority setting in 18 European countries*. Leiden, TNO.

88. Verschuuren M, Achterberg PW, Kramers PG and van Oers HA (2013). Monitoring the health of the population. In: Rechel B and McKee M, eds. *Facets of public health* (forthcoming). Copenhagen, World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

89. Vuorenkoski L, Mladovsky P and Mossialos E (2008). Finland: health system review. *Health Systems in Transition*, 10(4): 1–168 (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/80692/E91937.pdf, по состоянию на 4 июля 2012 г.).

90. Weil O and McKee M (1998). Setting priorities for health in Europe: are we speaking the same language? *European Journal of Public Health*, 8: 256–258.

91. Whitehead D (2004). The European Health Promoting Hospitals (HPH) project: how far on? *Health Promotion International*, 19(2): 259–267.

92. WHO (2005a). *The Health for All policy framework for the WHO European Region: 2005 update*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/98387/E87861.pdf, по состоянию на 4 июля 2012 г.).

93. WHO (2005b). *Seventh Futures Forum on unpopular decisions in public health*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/98436/E86722.pdf, по состоянию на 4 июля 2012 г.).

94. WHO (2007a). *Evaluation of public health services in Bulgaria: Draft national report* [unpublished]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

95. WHO (2007b). *Evaluation of public health services in south-eastern Europe. Croatia. Draft national report* [неопубликовано]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

96. WHO (2007c). *Evaluation of public health services in south-eastern Europe. Federation of Bosnia and Herzegovina. Draft national report* [неопубликовано]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

97. WHO (2007d). *Evaluation of public health services in south-eastern Europe. Republika Srpska. Draft national report* [неопубликовано]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

98. WHO (2007e). *Evaluation of public health services in south-eastern Europe. The former Yugoslav Republic of Macedonia. Draft national report* [неопубликовано]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
99. WHO (2009a). *Evaluation of public health services in Slovenia* [unpublished]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
100. WHO (2009b). *Evaluation of public health services in south-eastern Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0016/125206/e94398.pdf, по состоянию на 4 июля 2012 г.).
101. WHO (2011). *Strengthening public health capacities and services in Europe: a framework for action*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Interim draft, 25 February 2011; http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/134300/09E_StrengtheningPublicHealthFramework_110452_eng.pdf, по состоянию на 6 марта 2012 г.).
102. Wismar M and Busse R (2002). Outcome-related health targets–political strategies for better health outcomes: a conceptual and comparative study (part 2). *Health Policy*, 59(3): 223–241.
103. Wismar M and Martin-Moreno JM (2013). Intersectoral working. In: Rechel B and McKee M, eds. *Facets of public health* (готовится к публикации). Copenhagen, World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

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
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
Северная Македония
Сербия
Словакия
Словения
Соединенное Королевство
Таджикистан
Туркменистан
Турция
Узбекистан
Украина
Финляндия
Франция
Хорватия
Черногория
Чехия
Швейцария
Швеция
Эстония

WHO/EURO:2012-2214-41969-57679

Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро

Scherfigsvej 8,
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Тел.: +45 45 33 70 00 Факс: +45 45 33 70 01
Эл. адрес: eurocontact@who.int
Веб-сайт: www.euro.who.int