



# Информационный бюллетень

## Тема: Системы здравоохранения

Экономический подъем, как правило, способствует укреплению здоровья, но и хорошее здоровье может привести к существенной выгоде для экономики. Несколько лет назад Комиссия ВОЗ по макроэкономике и здоровью показала это на примере развивающихся стран; теперь проведены обширные исследования, посвященные взаимосвязи между здоровьем и благосостоянием в странах Европейского региона ВОЗ. Данные этих исследований показывают, что во многих странах Европейского региона ВОЗ повышение благосостояния, связанное с ростом средней продолжительности жизни за период 1970–2003 гг., составило 29–38% валового внутреннего продукта (ВВП) – величина, намного превышающая расходы на здравоохранение в каждой из этих стран.

При экономической оценке мер по укреплению здоровья политики обязательно должны учитывать связанное с этими мерами повышение благосостояния. Без этого можно недооценить их подлинное значение для экономики.

В последние годы организаторы здравоохранения находились под огромным давлением проблем относительно финансовой устойчивости и сдерживания стоимости медицинской помощи. В любом обществе доступные ресурсы ограничены, однако новые данные свидетельствуют о том, что системы здравоохранения являются не «дырой в бюджете», а выгодной областью вложения средств в здоровье населения и экономический рост. Системы здравоохранения, здоровье и благосостояние неразрывно связаны посредством ряда взаимно усиливающих динамических отношений. Эта новая парадигма предлагает возможность для переоценки роли систем здравоохранения в обществе.

Всем этим вопросам была посвящена Европейская конференция «Системы здравоохранения – здоровье – благосостояние», организованная Европейским региональным бюро ВОЗ в Таллинне, Эстония, 25–27 июня 2008 г. В работе Конференции приняли участие министры здравоохранения из 53 государств - членов Европейского региона ВОЗ, а также делегации высокого уровня, партнеры систем здравоохранения, эксперты, наблюдатели, представители международных организаций, гражданского общества и средств массовой информации.

Целью Конференции явилось включение в политическую повестку дня вопроса об укреплении систем здравоохранения в качестве одной из первоочередных задач.

Министры, принимающие участие в Таллиннской конференции, подчеркнули, что хорошая система здравоохранения – это не роскошь, доступная только богатым странам, а одно из важнейших условий благосостояния всех людей. Конференция стала хорошей платформой для обсуждения целого ряда сложных и политически острых вопросов, таких, например, как обеспечение равного доступа к медицинской помощи, прозрачное финансирование здравоохранения, прозрачные механизмы финансирования

здравоохранения, соблюдение принципа подотчетности в отношении расходования государственных средств на цели здравоохранения.

В результате работы Конференции:

- достигнуто более глубокое понимание воздействия систем здравоохранения на состояние здоровья населения и, тем самым, на экономический рост в Европейском регионе ВОЗ;
- проведен критический анализ новейших фактических данных по эффективным стратегиям улучшения деятельности систем здравоохранения, с учетом возрастающих требований к их устойчивости и солидарности.

Центральным вопросом повестки дня Конференции стало принятие Таллиннской хартии «Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния», которую подписали представители всех 53 государств – членов Европейского региона ВОЗ. Хартия отражает приверженность стран делу улучшения здоровья и повышения благосостояния своего населения путем укрепления систем здравоохранения. Все страны Региона готовы предпринять дальнейшие шаги, руководствуясь Таллиннской хартией, которая отражает конкретные стратегии и направления действий. В ней содержится призыв к повышению прозрачности и подотчетности в странах, что будет способствовать улучшению показателей деятельности систем здравоохранения и позволит более четко оценивать достижения или недостатки проводимой политики.

“Таллиннская конференция базируется на соглашениях, подписанных в Алма-Ате, Оттаве, Любляне и Кампале, и делает шаг вперед путем определения конкретных политических целей, которые будут способствовать совершенствованию систем здравоохранения в наших государствах-членах, – сказал Региональный директор д-р Marc Danzon. – Мы надеемся, что Таллиннская конференция и Хартия будут способствовать тому, что вопросы здоровья займут еще более приоритетное положение в политической повестке дня, путем представления доказательств того, что инвестирование в здоровье – это инвестирование в развитие стран и обеспечение благополучия людей”.

**Таллиннская хартия «Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния».**  
**– Таллинн, Эстония, 27 июня 2008 г.**

Полный текст Хартии на русском языке доступен на сайте Европейского регионального бюро ВОЗ:

<http://www.euro.who.int/document/E91438r.pdf>

## Основные публикации, подготовленные для Конференции

- **Suhrcke M., Arce R.S., McKee M., Rocco L. Экономический ущерб от плохого здоровья: ситуация в Европейском регионе. Справочный документ. - Всемирная организация здравоохранения и Всемирная организация здравоохранения от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, Копенгаген. 2008. – 37 стр.**

Обзор обобщает результаты ряда исследований по экономической оценке потерь от плохого здоровья населения в Европейском регионе. В разделе 2 обсуждается самая важная концепция – социальные издержки. С точки зрения экономического благосостояния нет сомнений в том, что именно эта концепция ближе всего к истине: стоимость, которую люди присваивают здоровью. Однако поскольку здоровье, в отличие от обычных товаров и услуг, не имеет явно выраженной рыночной цены, чтобы определить его стоимость, необходимы дополнительные усилия. Эта величина вычисляется сложно, косвенными способами, которые могут показаться спорными; тем не менее, данная концепция принимается многими экономистами. В разделе 3 рассматривается более узкая, но чаще применяемая концепция экономических издержек, которая включает две категории – микро- и макроэкономические издержки. Здесь содержатся такие вопросы, как «Снижает ли болезнь вероятность того, что человек будет работать?» (на микроэкономическом уровне) и «Способствует ли укрепление здоровья населения экономическому росту в стране?» (на макроэкономическом). В конечном счете, данные по издержкам на микроэкономическом уровне более однородны и весомы, чем данные по издержкам на макроэкономическом уровне. В разделе 4 представлена концепция о влиянии плохого здоровья на медицинские расходы. Политики давно стремятся понять, снизит ли вложение средств в здоровье населения сегодня расходы на медицинское обслуживание в будущем. В целом, в этой работе содержатся важные для разработки политики выводы. Во-первых, что размер экономического урона от плохого здоровья дает представление о максимальном размере экономической выгоды, которую могут принести меры по его укреплению. Во-вторых, показав, как плохое здоровье может снижать общественное благополучие, служить препятствием экономическому росту как на уровне отдельных граждан, так и целых стран и, вероятно, способствовать росту расходов здравоохранения, можно привлечь внимание тех, кто определяет политику, причем не только в области здравоохранения. В-третьих, проясняется одно важное положение: хотя более крепкое здоровье приносит ощутимые экономические выгоды на микро- и макроэкономическом уровне, а в некоторых случаях может снизить будущие медицинские расходы, эти выгоды зачастую очень малы в сравнении с повышением благосостояния, выраженном в стоимости, которую люди присваивают более крепкому здоровью. Именно это должно учитываться при экономической оценке мер по укреплению здоровья – в противном случае есть риск недооценить их подлинное значение для экономики.

**Полный текст документа на русском языке доступен на сайте Европейского регионального бюро ВОЗ:**

[http://www.euro.who.int/document/hsm/1\\_hsc08\\_rBD1.pdf](http://www.euro.who.int/document/hsm/1_hsc08_rBD1.pdf)

- **Smith P.C., Mossialos E., Papanicolas I. Оценка эффективности реформирования систем здравоохранения. Справочный документ. - Всемирная организация здравоохранения и Всемирная организация здравоохранения от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, Копенгаген. 2008. – 33 стр.**

Оценка эффективности обеспечивает безопасное и контролируемое реформирование системы здравоохранения. Роль такой оценки сводится к улучшению качества решений, принимаемых всеми участниками системы здравоохранения, включая пациентов, врачей, организаторов здравоохранения, правительства на всех уровнях, страховщиков и всех

плательщиков, политиков и население в качестве источников финансирования. Оценка системы здравоохранения включает ряд аспектов: здоровье населения, исходы лечения, качество и правильность проводимого лечения, ответственность, объективность и продуктивность. Каждый из этих аспектов оценки эффективности и методик сбора данных находится на различных уровнях. Достигнут прогресс в развитии ключевых показателей эффективности для скорой помощи, первичной медицинской помощи и общественного здравоохранения, однако исследования сферы психического здоровья, системы страхования и способности к быстрому реагированию системы здравоохранения находятся на значительно более ранней стадии развития. Первая задача любой системы оценки эффективности – это формулировка четкой концептуальной схемы, в рамках которой можно развивать критерии качества работы. Определения ключевых показателей эффективности должны вписываться в эту схему и соответствовать ряду характеристик, таких, как достоверность, воспроизводимость, приемлемость, выполнимость, надежность, чувствительность и прогностическая достоверность. Кроме того, учитывая эти технические условия, организаторы здравоохранения должны обратить внимание на политический и организационный контекст, в котором производятся сбор и распределение оценочных данных.

**Полный текст документа на русском языке доступен на сайте Европейского регионального бюро ВОЗ:**

[http://www.euro.who.int/document/hsm/2\\_hsc08\\_rBD2.pdf](http://www.euro.who.int/document/hsm/2_hsc08_rBD2.pdf)

- **Figueras J., McKee M., Lessof S., Duran A., Menabde N. Оценка аргументов в пользу инвестирования в системы здравоохранения. Справочный документ. - Всемирная организация здравоохранения и Всемирная организация здравоохранения от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, Копенгаген. 2008. – 91 стр.**

Данный обзор представляет концептуальную схему, которая описывает сложные взаимоотношения между системами здравоохранения, здоровьем и благополучием. В нем анализируются доказательства, которые свидетельствуют о том, что инвестирование в здравоохранение повышает уровень социального благополучия. Показано, что услуги по здравоохранению в сочетании с грамотным управлением не только не нарушают финансовой устойчивости системы, но способствуют экономическому росту. Также демонстрируется, как правильное инвестирование в услуги здравоохранения (на индивидуальном и популяционном уровнях), а также в смежные области, в сочетании с оценкой эффективности, может улучшить состояние здоровья, повысить справедливость распределения и оперативность системы здравоохранения, что обеспечивает экономический рост.

**Полный текст документа на русском языке доступен на сайте Европейского регионального бюро ВОЗ:**

[http://www.euro.who.int/document/hsm/3\\_hsc08\\_rBD3.pdf](http://www.euro.who.int/document/hsm/3_hsc08_rBD3.pdf)

- **McDaid D., Drummond M., Suhrcke M. Как могут европейские системы здравоохранения помочь в инвестировании в стратегии охраны и укрепления здоровья населения и в их реализации? Краткий аналитический обзор. - Всемирная организация здравоохранения и Всемирная организация здравоохранения от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, Копенгаген. 2008. – 43 стр.**

Широкий подход к делу укрепления здоровья требует сочетания мер, принимаемых на верхнем и на нижнем уровнях воздействия на детерминанты здоровья. Меры, принимаемые на верхнем уровне, могут включать в себя такие действия, которые в дополнение к другим целям могут способствовать укреплению здоровья – например, перераспределение налоговых поступлений, повышение качества жилья и применение стимулов, поощряющих учащих к тому, чтобы они не прекращали учебы. Меры, принимаемые на нижнем уровне, включают непосредственные действия по укреплению здоровья и первичной профилактике заболеваний,

часто нацеленные на поведение и образ жизни отдельного человека. Для того, чтобы способствовать вложению средств в стратегии охраны и укрепления здоровья населения, системы здравоохранения должны быть в состоянии не только показать то, что дает положительный эффект и какой ценой, но и определить, в каких условиях этот эффект может быть достигнут. А для этого нужны механизмы, позволяющие вводить такую информацию в процесс обдумывания политики и облегчающие реализацию согласованных стратегий.

**Полный текст документа на русском языке доступен на сайте Европейского регионального бюро ВОЗ:**

[http://www.euro.who.int/document/hsm/1\\_hsc08\\_rPB\\_2.pdf](http://www.euro.who.int/document/hsm/1_hsc08_rPB_2.pdf)

- **Sorenson C., Drummond M., Busse R., Kristensen F.V. Как добиться большей практической значимости оценок технологий здравоохранения? Краткий аналитический обзор. - Всемирная организация здравоохранения и Всемирная организация здравоохранения от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, Копенгаген. 2008. – 42 стр.**

Оценка технологий здравоохранения (ОТЗ) – это один из наиболее ценных инструментов, применяемых для придания конкретного содержания действенному регулированию в области распространения и использования медицинских технологий. Ключевые вопросы политики, возникающие в связи с применением ОТЗ, можно разделить на три стратегические категории: а) участвующие в ОТЗ органы, лица и инстанции, принимающие решения, и другие заинтересованные стороны; б) применяемые методики и процессы и в) как реализуются на практике выводы, полученные в результате оценок. Добиться большей практической значимости ОТЗ можно в том случае, если: будет обеспечена достаточная степень участия основных заинтересованных сторон (например, пациентов, поставщиков медико-санитарных услуг и промышленности); принимающие решения лица/инстанции будут заранее заявлять о своей решимости использовать заключения оценки, а оценки будут соответствовать их потребностям; для реализации принятых решений будут выделяться необходимые ресурсы; процессы оценки и принятия решений будут прозрачными; между разными сферами подведомственности будут налажены сотрудничество и обмен знаниями и опытом.

**Полный текст документа на русском языке доступен на сайте Европейского регионального бюро ВОЗ:**

[http://www.euro.who.int/document/hsm/2\\_hsc08\\_rPB\\_5.pdf](http://www.euro.who.int/document/hsm/2_hsc08_rPB_5.pdf)

- **Coulter A., Parsons S., Askham J. Какова позиция пациентов в отношении принятия решения об их собственном лечении? Краткий аналитический обзор. - Всемирная организация здравоохранения и Всемирная организация здравоохранения от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, Копенгаген. 2008. – 34 стр.**

Время от времени каждый гражданин должен принимать важные решения, которые оказывают существенное влияние на состояние его здоровья. Поэтому стратегии по повышению грамотности пациентов и их вовлечению в процесс принятия решения должны быть одними из фундаментальных стержней политики здравоохранения. Кроме того, пациенты могут играть важную роль в понимании причин болезни, в охране своего здоровья и в осуществлении соответствующих действий, в частности, в выборе оптимального лечения при острых заболеваниях и в осуществлении терапии при хронических заболеваниях. Необходимо признавать эти важные роли пациентов и всячески их поддерживать.

**Полный текст документа на русском языке доступен на сайте Европейского регионального бюро ВОЗ:**

[http://www.euro.who.int/document/hsm/3\\_hsc08\\_rPB\\_6.pdf](http://www.euro.who.int/document/hsm/3_hsc08_rPB_6.pdf)

- **Coyte P.C., Goodwin N., Laporte A. Как сбалансировать условия предоставления помощи пожилым людям? Краткий аналитический обзор. - Всемирная организация здравоохранения и Всемирная организация здравоохранения от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, Копенгаген. 2008. – 38 стр.**

Все европейские страны ожидают беспрецедентный рост расходов на формальные и неформальные виды социальной помощи, а также увеличение объема их использования, в связи с ростом числа зависимых от такой помощи пожилых людей, страдающих длительными хроническими заболеваниями. Повышение в будущем финансового бремени услуг по предоставлению помощи пожилым людям требует оптимального использования ресурсов и таких условий предоставления помощи, которые бы учитывали и удовлетворяли потребности, как отдельных лиц, так и сообществ.

Прогнозируемое сокращение объема предложения неформальных видов помощи потребует инвестиций в программы самопомощи на дому и в мероприятия по поддержке лиц, обеспечивающих уход в домашних условиях. Прогнозируемое увеличение объема использования помощи и ухода в стационарных учреждениях социального обслуживания может быть частично преодолено путем инвестирования в предоставление формальной помощи на дому и в другие альтернативные виды помощи и ухода в домашних условиях.

**Полный текст документа на русском языке доступен на сайте Европейского регионального бюро ВОЗ:**

[http://www.euro.who.int/document/hsm/4\\_hsc08\\_rPB\\_7.pdf](http://www.euro.who.int/document/hsm/4_hsc08_rPB_7.pdf)

- **Atun R.A., Bennett S., Duran A. Когда в системах здравоохранения нужны вертикальные (автономные) программы? Краткий аналитический обзор. - Всемирная организация здравоохранения и Всемирная организация здравоохранения от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, Копенгаген. 2008. – 42 стр.**

Имеющиеся фактические данные об относительных преимуществах вертикальных моделей по сравнению с комплексным предоставлением услуг здравоохранения ограничены, их слабость не позволяет сделать ясных выводов о том, в каких случаях желательно осуществлять вертикальные программы. Те ограниченные данные, которыми мы располагаем, указывают на то, что интегрированные модели предоставления медицинских услуг дают лучшие по сравнению с вертикальными моделями исходы в некоторых областях, таких, как ВИЧ-инфекция, психическое здоровье и некоторые инфекционные заболевания. В нескольких странах в восточной части Европейского региона ВОЗ, например, оказывается, что вертикальные программы ослабили эффективность борьбы с ВИЧ-инфекцией, туберкулезом, злоупотреблением психоактивными веществами и с психическими заболеваниями. Несмотря на это, осуществление вертикальных программ может быть желательным в качестве временной меры в случае слабости системы здравоохранения (и первичного звена медико-санитарной помощи); когда требуется оперативно принять ответные меры; для того, чтобы добиться экономии средств за счет масштабов проводимых мероприятий; чтобы удовлетворить потребности труднодоступных целевых категорий населения; чтобы предоставлять некоторые услуги особой сложности, требующие высокой квалификации персонала. На практике в большинстве служб здравоохранения можно видеть сочетание вертикальных и интегрированных элементов, но с разным соотношением между ними.

В тех случаях, когда могут быть желательными вертикальные программы, лица, вырабатывающие политику, могли бы рассматривать два возможных варианта стратегического решения: 1) вертикальные программы, ограниченные по времени и сопровождающиеся четкими планами действий по недопущению отрицательных побочных эффектов для всей системы здравоохранения и для остальных категорий населения, не являющихся объектом этих программ, и 2) программы, принимаемые без временных ограничений и предусматривающие как на стратегическом, так и на оперативном уровнях механизмы усиления связей между вертикальными и горизонтальными элементами системы

здравоохранения. В тех случаях, когда существуют вертикальные системы управления, финансирования и предоставления услуг, осуществить интеграцию сложно, поэтому под изменения в предоставлении услуг должны быть подведены соответствующие изменения в законодательно-нормативной базе, направленные на увязывание системы управления, организации и финансирования вертикальных программ с основными системами здравоохранения.

**Полный текст документа на русском языке доступен на сайте Европейского регионального бюро ВОЗ:**

[http://www.euro.who.int/document/hsm/5\\_hsc08\\_rPB\\_8.pdf](http://www.euro.who.int/document/hsm/5_hsc08_rPB_8.pdf)

- **Singh D. Как в программах по ведению хронических болезней можно задействовать широкий спектр условий оказания помощи и поставщиков услуг? Краткий аналитический обзор. - Всемирная организация здравоохранения и Всемирная организация здравоохранения от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, Копенгаген. 2008. – 43 стр.**

От хронических болезней страдает население всех стран, и рост их распространенности в основном связан с демографическими изменениями, увеличением продолжительности жизни, изменением образа жизни, совершенствованием профилактики и лечения хронических болезней, а также более глубоким пониманием факторов, которые вызывают ухудшение здоровья и развитие болезни. Ведение хронических болезней заключается в системном подходе к осуществлению скоординированных мероприятий здравоохранения на нескольких уровнях (индивидуальном, организационном, местном и национальном), и имеются веские доказательства того, что подобная координация, охватывающая широкий спектр условий предоставления помощи и поставщиков услуг, более эффективна, чем отдельные или несогласованные меры. Подходы к осуществлению политики в отношении хронических болезней могут быть разными, но в целом их можно подразделить на индивидуальный, ориентированный на системы предоставления медицинских услуг, и общесистемный. В странах Европейского региона мероприятия в основном сосредоточены на определенных заболеваниях, а не на детерминантах их развития, и часто недостаточно согласованы. Не существует "правильного" подхода к ведению хронических болезней. Полученные на глобальном уровне фактические данные свидетельствуют о том, что для успешной политики лица, ответственные за ее формирование, должны рассмотреть следующие вопросы:

- необходимость сильного лидерства и четкой концепции на национальном, региональном или организационном уровне;
- обеспечение сбора надежных данных и их распространения между всеми заинтересованными лицами;
- предоставление помощи в соответствии с потребностями людей и наличие возможностей для выявления лиц с различным уровнем потребностей;
- воздействие на основные факторы риска, включая развертывание широких инициатив по профилактике заболеваний;
- поддержка самоконтроля болезни и повышение прав и возможностей людей с хроническими заболеваниями;
- привлечение широкого круга заинтересованных сторон, таких как отдельные лица, добровольные и общественные организации, медицинские специалисты, службы государственного и частного сектора.

**Полный текст документа на русском языке доступен на сайте Европейского регионального бюро ВОЗ:**

[http://www.euro.who.int/document/hsm/6\\_hsc08\\_rPB\\_9.pdf](http://www.euro.who.int/document/hsm/6_hsc08_rPB_9.pdf)

- **Buchan J. Как управлять процессом миграции работников здравоохранения, чтобы снизить любые отрицательные воздействия на обеспеченность ими? Краткий аналитический обзор. - Всемирная организация здравоохранения и Всемирная организация здравоохранения от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, Копенгаген. 2008. – 41 стр.**

Международная миграция работников здравоохранения становится все более важным пунктом глобальной повестки дня в области здравоохранения, начиная с конца 1990-х годов. Что касается Европы, то присоединение к Европейскому союзу (ЕС) все большего числа стран с начала 2004 г. привело к повышению мобильности работников здравоохранения и возникновению в связи с этим ряда дополнительных проблем в этом Регионе. Миграция работников здравоохранения может иметь как положительные, так и отрицательные стороны. В некоторых странах она может решить проблему недостатка персонала, помочь странам справиться с избытком персонала и может быть средством, позволяющим работникам здравоохранения в индивидуальном порядке расширить собственные возможности и повысить уровень жизни. Но при этом миграция может также создавать дополнительный дефицит работников здравоохранения в странах, которые уже испытывают недостаток в них, снижая тем самым качество медицинской помощи и доступ к ней. Она также может влиять на моральное состояние кадровых ресурсов здравоохранения. Чтобы ответить на политические вызовы и управлять миграцией, необходимо действовать по трем направлениям:

- улучшать имеющиеся данные о миграционных потоках медицинских профессионалов для более эффективного мониторинга тенденций;
- уделять более пристальное внимание различным вариантам управления процессами миграции с целью снижения любого отрицательного воздействия на обеспеченность работниками здравоохранения;
- во всех сталкивающихся с данной проблемой странах – обеспечить эффективность кадровой политики, планирования и практических действий в секторе здравоохранения, что позволит лучше удовлетворять потребности в кадрах.

**Полный текст документа на русском языке доступен на сайте Европейского регионального бюро ВОЗ:**

[http://www.euro.who.int/document/hsm/7\\_hsc08\\_rPB\\_10.pdf](http://www.euro.who.int/document/hsm/7_hsc08_rPB_10.pdf)

- **Bourgeault I.L., Kuhlmann E., Neiterman E., Wrede S. Профессионально-квалификационная структура: как ее оптимизировать и зачем это нужно? Краткий аналитический обзор. - Всемирная организация здравоохранения и Всемирная организация здравоохранения от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, Копенгаген. 2008. – 42 стр.**

Инициативы по оптимизации профессионально-квалификационной структуры направлены на изменение профессиональных ролей с помощью прямых или косвенных механизмов. В рамках этих инициатив роли изменяются либо непосредственно, например, путем расширения функций или навыков, делегирования полномочий или внедрения нового типа работников, либо косвенно, например, путем изменения структурных взаимоотношений между различными звеньями и службами здравоохранения, когда изменяются уровни или места оказания медицинской помощи. Стимулами для проведения инициатив по оптимизации профессионально-квалификационной структуры могут послужить как качественные, так и количественные факторы; первая группа включает повышение качества медицинской помощи, профессиональное развитие и улучшение сбалансированности между трудовой и личной жизнью, а вторая – нехватку или неоптимальное распределение кадров и стремление к повышению экономической эффективности. Инструменты политики, способствующие эффективной реализации инициатив по оптимизации профессионально-квалификационной структуры, включают следующее:

- изменение существующих или внедрение новых профессиональных ролей с помощью различных организационных и нормативных мер, включая регулирование диапазона профессиональных функций и определение институциональных барьеров;
- оказание поддержки новым или расширенным профессиональным ролям с помощью коллективного финансирования и изменения финансовых стимулов;
- создание образовательной базы (компетентность и потенциал), необходимой для выполнения новых и расширенных профессиональных ролей.

Для успеха любых инициатив такого рода крайне важно, чтобы соответствующие профессиональные организации и правительственные органы поддерживали новые профессиональные роли.

**Полный текст документа на русском языке доступен на сайте Европейского регионального бюро ВОЗ:**

[http://www.euro.who.int/document/hsm/8\\_hsc08\\_rPB\\_11.pdf](http://www.euro.who.int/document/hsm/8_hsc08_rPB_11.pdf)

- **Merkur S., Mladovsky P., Mossialos E., McKee Martin. Обеспечивает ли система непрерывного обучения и переаттестации поддержание необходимого профессионального уровня врачей? Краткий аналитический обзор. - Всемирная организация здравоохранения и Всемирная организация здравоохранения от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, Копенгаген. 2008. – 38 стр.**

В ряде стран предъявляются растущие требования к тому, чтобы практикующие врачи могли подтвердить свое соответствие принятым профессиональным стандартам. Это отчасти объясняется опасениями в том, что врачебные знания, приобретенные в ходе базового обучения, могут стремительно устаревать. Это также все в большей мере рассматривается как механизм повышения ответственности врачей за свою работу. В целях систематического обновления знаний и навыков врачей могут предприниматься меры по их вовлечению в программы непрерывного обучения. Данный процесс может включать такие элементы как оценка индивидуальной профессиональной практики, постановка учебной задачи, приобретение навыков и знаний, проверка усвоения. Обзор состояния данного вопроса в ряде европейских стран, а также в Австралии, Новой Зеландии и Соединенных Штатах Америки демонстрирует разнообразие применяемых подходов к обеспечению необходимого уровня профессиональной компетентности врачей. Результатом этих процессов может быть повторная сертификация или повторное лицензирование. Непрерывное медицинское обучение и непрерывное профессиональное развитие – это наиболее широко используемые подходы, позволяющие эффективно содействовать совершенствованию клинической практики и улучшению результатов оказания медицинской помощи. Вместе с тем, эти методы не выявляют врачей с плохими показателями профессиональной деятельности.

**Полный текст документа на русском языке доступен на сайте Европейского регионального бюро ВОЗ:**

[http://www.euro.who.int/document/hsm/9\\_hsc08\\_rPB\\_12.pdf](http://www.euro.who.int/document/hsm/9_hsc08_rPB_12.pdf)

**Более полную информацию о Таллиннской конференции “Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния” (25-27 июня 2008) можно получить на сайте Европейского регионального бюро ВОЗ:**

<http://www.euro.who.int/healthsystems2008>

## Контактная информация

### Документационный центр ВОЗ

127254, г. Москва, ул. Добролюбова, 11,  
комната 209

ФГУ «Центральный НИИ организации и  
информатизации здравоохранения Росздрава»  
(ЦНИИОИЗ).

E-mail: [doccenter@mednet.ru](mailto:doccenter@mednet.ru)

*Кайгородова Татьяна Вадимовна,  
директор Документационного центра ВОЗ*

Тел.: (495) 219 38 43;

Факс: (495) 219 38 40

E-mail: [kaidoc@mednet.ru](mailto:kaidoc@mednet.ru)

WWW: <http://whodc.mednet.ru/rus/>