

УДК 614.2
МРНТИ 76.75

ОТ АЛМА-АТИНСКОЙ ДЕКЛАРАЦИИ К АСТАНИНСКОЙ ДЕКЛАРАЦИИ: ПЕРСПЕКТИВЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО- САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

К.К. КАЛДЫБАЕВ, Г.С. ДИЛЬМАГАБЕТОВА, Д.Д. ТІЛЕКЕНОВА

Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова, Актөбе, Казахстан

К.К. Калдыбаев <https://orcid.org/0000-0003-3869-9600>
Г.С. Дильмагабетова <https://orcid.org/0000-0002-8123-3476>
Д.Д. Тілекенова <https://orcid.org/0000-0002-2380-2888>

Information about authors/
авторлар туралы ақпарат/
информация об авторах:

Калдыбаев К.К. — к.м.н., доцент
кафедры общественного здоровья и
здравоохранения ЗКМУ им.М.Оспанова

Дильмагабетова Г.С. — к.м.н., доцент
кафедры общей врачебной практики
№2 ЗКМУ им.М.Оспанова;

Тілекенова Д.Д. — магистрант 1-го
года обучения по специальности «Ме-
дицина» ЗКМУ им.М.Оспанова.

Citation/
библиографиялық сілтеме/
библиографическая ссылка:

Kaldybayev KK, Dilmagabetova GS,
Tilekenova DD. From Almaty Declaration to
Astana Declaration: prospects for Primary
Medical and Sanitary Aid implementioin.
West Kazakhstan Medical journal
2019;61(1):37–45.

Калдыбаев КК, Дильмагабетова
ГС, Тілекенова ДД. Алматы
Декларациясынан Астана
Декларациясына: алғашқы
медициналық-санитарлық көмекті
жетілдіру перспективалары.
West Kazakhstan Medical journal
2019;61(1):37–45.

Калдыбаев КК, Дильмагабетова ГС,
Тілекенова ДД. От Алма-атинской
Декларации к Астанинской Декларации:
перспективы совершенствования
первичной медико-санитарной
помощи. West Kazakhstan Medical
journal 2019;61(1):37–45.

From Almaty Declaration to Astana Declaration: prospects for Primary Medical and Sanitary Aid implementation

K.K. Kaldybayev, G.S. Dilmagabetova, D.D. Tilekenova
West Kazakhstan Marat Ospanov Medical University, Aktobe, Kazakhstan

The article discusses the concept of Primary Health Care (PHC) as an essential part of Health Care System and Almaty Declaration role in formation and strengthening positions for Primary Health Care around the world. Forty years have passed since Declaration signing, and the results in achieving goals of the modern movement towards universal health coverage were analyzed. The article reflects future of Primary Health Care and its role in strengthening and developing Health Care Organization in countries around the world. The authors tried to analyze implementation of Almaty Declaration principles around the world. The role of Primary Health Care as primary patients contact with Health Care System in the country is emphasized. The article presents the prerequisites for adopting a new declaration - Astana Declaration: the main action levels by country government and key areas for further work. In addition, attention is paid to problems and development prospects of Primary Health Care in Kazakhstan in order to improve population social health. A great work has been done in the republic on modernization and priority development of Primary Health Care. Important indicators in Primary Health Care of Kazakhstan are: population life expectancy, mortality, especially maternal and infant, reduction of chronic non-communicable diseases. The decline in indicators is an essential link in successful implementation of Astana Declaration directions. In conclusion, the role of Primary Health Care in maintaining people health is once again emphasized.

Keywords: Primary Health Care, Almaty Declaration, Astana Declaration, Kazakhstan, Health Care Organization.

Алматы Декларациясынан Астана Декларациясына: алғашқы медициналық-санитарлық көмекті жетілдіру перспективалары

К.К. Калдыбаев, Г.С. Дильмагабетова, Д.Д. Тілекенова
Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университеті, Ақтөбе,
Қазақстан

Мақалада дүние жүзі бойынша АМСК позицияларының қалыптасуы мен бекуінде Алматы декларациясының денсаулық сақтау жүйесі мен рөлінің маңызды бөлігі ретінде алғашқы медициналық-санитарлық көмек (АМСК) туралы түсінік қарастырылды. Декларацияға қол қойылғалы 40 жыл уақыт өтті, денсаулық сақтау қызметтерімен жалпылама қамту бойынша заманауи қозғалыс контексінде алға қойған мақсаттарға жетуде нәтижелер мен қорытындылар талданды. Мақалада келешектегі АМСК мәселелері және дүние жүзі елдерінде денсаулық сақтау ұйымдарын бекіту және дамытудағы оның рөлі бейнеленген. Авторлар Алматы декларациясын жүзеге асыру принциптерін талдауға тырысты. Пациенттердің еліміздің денсаулық сақтау жүйесімен алғашқы контакт аймағы ретінде АМСК рөліне екпін қойылды. Мақалада жаңа декларация – Астана декларациясын қабылдаудың алғышарттары: елдердің үкіметтері қызметтерінің негізгі деңгейлері және әрі қарай жұмыс жүргізу үшін түйінді бағыттар келтіріледі.



Дильмагабетова Г.С.
e-mail: dilma73@inbox.ru

Received/
Келіп түсті/
Поступила:
25.02.2019

Accepted/
Басылымға қабылданды/
Принята к публикации:
14.03.2019

ISSN 1814-5620 (Print)
© 2019 The Authors
Published by West Kazakhstan Marat Ospanov
Medical University

Сонымен қатар, тұрғындардың әлеуметтік денсаулық деңгейін жақсарту мақсатында Қазақстанда АМСК дамытудың мәселелері мен перспективаларына көңіл бөлінді. Республикада АМСК жетілдіру мен басым дамытуда үлкен жұмыс жүргізілді. Қазіргі таңда тұрғындар өмірінің ұзақтығы, өлім жағдайы, әсіресе ана мен нәресте өлімі, созылмалы инфекциялық емес аурулардың төмендеуі Қазақстанның АМСК маңызды индикаторлары болып табылады. Аталған индикаторлар көрсеткішінің төмендеуі Астана декларациясының бағыттарын табысты жүзеге асырудың елеулі бөлігі болып табылады. Түйінде адамдар денсаулығын сақтауда АМСК рөлі тағы да мән берілді.

Негізгі сөздер: алғашқы медициналық-санитарлық көмек (АМСК), Алматы декларациясы, Астана декларациясы, Қазақстандағы АМСК, денсаулық сақтау ұйымы.

От Алма-Атинской Декларации к Астанинской Декларации: перспективы совершенствования первичной медико-санитарной помощи

К.К. Калдыбаев, Г.С. Дильмагабетова, Д.Д. Тілекенова

Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова, Актөбе, Казахстан

В статье рассмотрено понятие первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) как важнейшего звена системы здравоохранения и роль Алма-Атинской Декларации в становлении и укреплении позиций ПМСП во всем мире. С момента подписания Декларации прошло 40 лет, были проанализированы результаты и итоги в достижении поставленных целей в контексте современного движения по обеспечению всеобщего охвата услугами здравоохранения. В статье отображены вопросы будущего ПМСП и ее роль в укреплении и развитии организации здравоохранения в странах мира. Авторы попытались проанализировать принципы реализации Алма-Атинской Декларации во всем мире. Подчеркнута роль ПМСП как первой зоны контакта пациентов с системой здравоохранения страны. В статье приводятся предпосылки для принятия новой декларации – Астанинской Декларации: основные уровни действий правительств стран и ключевые направления для дальнейшей работы. Кроме этого, уделено внимание проблемам и перспективам развития ПМСП в Казахстане с целью улучшения уровня социального здоровья населения. В республике проделана большая работа в модернизации и приоритетном развитии ПМСП. В настоящее время важными индикаторами в ПМСП Казахстана являются: продолжительность жизни населения, смертность, особенно материнская и младенческая, снижение хронических неинфекционных заболеваний. Снижение показателей перечисленных индикаторов является существенным звеном в успешной реализации направлений Астанинской Декларации. В заключении еще раз подчеркнута роль ПМСП в сохранении здоровья людей.

Ключевые слова: первичная медико-санитарная помощь (ПМСП), Алма-Атинская Декларация, Астанинская Декларация, ПМСП в Казахстане, организация здравоохранения.

Алма-Атинская Декларация

На современном этапе развития в области глобального здравоохранения особое внимание уделяется первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) [1]. Совершенствование национальных программ в ПМСП определяет здоровье населения [2]. Историческая значимость ПМСП в том, что она оказала существенное воздействие на преобладающие представления в здоровье и его составляющих, а во многих странах она была принята в качестве стержневого элемента политики здравоохранения. Еще с середины 70-х годов концепция ПМСП стала объектом пристального внимания со стороны международного сообщества и медико-санитарных служб, но признание и реализацию она получила с сентября 1978 года на Международной конференции, организованной в Алма-Ате Всемирной организацией

здравоохранения (ВОЗ) и Международным чрезвычайным детским фондом Организации Объединенных Наций (ООН) (ЮНИСЕФ). Активное участие в ней приняли 134 страны-члены ВОЗ и представители 67 основных неправительственных и межправительственных организаций. Тогда был принят регламентирующий документ, который исторически знаком нам, как Алма-Атинская Декларация [3]. Поддержка трех основных принципов стали важными итогами данной конференции: ПМСП должна быть неотъемлемой частью функционирования национального здравоохранения, уделить внимание в странах на социально-экономическое развитие и обеспечить доступность ПМСП населению [4]. Алма-Атинская Декларация стала первым международным призывом к первичной медико-санитарной помощи в качестве основной стратегии достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения известной как

«Здоровье для всех / Health For All». Руководствуясь ее основными постулатами равенства, солидарности и социальной справедливости, государства, подписавшие декларацию, согласились, что все люди во всех странах имеют основополагающее право на здоровье, и что правительства несут ответственность за соблюдение этого права.

Основные характеристики ПМСП согласно Алма-Атинской Декларации:

- Развивается из экономических, социокультурных и политических характеристик страны;
- Основывается на применении исследований в области социальных, биомедицинских и медицинских услуг, а также на опыте общественного здравоохранения;
- Решает основные проблемы со здоровьем населения – обеспечивает профилактические, лечебные и реабилитационные услуги; оказывает содействие обеспечению продовольствием и правильным питанием, адекватному снабжению питьевой водой и основными санитарными условиями; охрана здоровья матери и ребенка, включая планирование семьи; иммунизация против основных инфекционных заболеваний; профилактика и борьба с местно-эндемическими заболеваниями; надлежащее лечение распространенных заболеваний и травм; предоставление основных лекарственных средств;
- Включает в себя все смежные сектора и аспекты национального и общественного развития, в частности сельское хозяйство, животноводство, пищевую промышленность;
- Требуется максимальной самостоятельности населения в планировании, организации, эксплуатации и контроле медицинских услуг [5].

Итоги Алма-Атинской Декларации

Значение Алма-Атинской конференции и огромная притягательная сила её решений состоит в том, что она позволила критически оценить накопленный разными странами опыт оказания медико-санитарной помощи населению. В условиях различных систем здравоохранения (государственной, страховой, частной и смешанной) были выявлены общие для большинства стран функциональные элементы первичного звена службы здравоохранения. Алма-Атинская Декларация по ПМСП была ориентирована на неотложные национальные и международные действия для достижения здоровья в мире и многие задачи, провозглашенные в декларации, актуальны и сегодня. В ней было отражено единство мнений мирового сообщества относительно сотрудничества между странами в рамках систем здравоохранения для обеспечения удовлетворительного уровня здоровья всех людей. Активная реализация принципов Декларации подняла авторитет Казахстана в мире.

Примером реформирования системы здравоохранения на основе принципов Алма-Атинской Декларации являются и некоторые страны Латинской Америки, в частности Бразилия, Куба и Никарагуа, которые ввели новую модель комплексной ПМСП [6], но в большинстве других стран мира новое видение не было признано. Вместо этого приобрела популярность выборочная версия ПМСП – вертикальный подход или подход к конкретным заболеваниям [7], предложенный некоторыми агентствами по развитию здравоохранения. Реализация надежных стратегий ПМСП была затруднена из-за того, что бремя болезней в менее развитых странах было социально и экономически устойчивым, для устранения которых требовалась политическая воля к принятию решительных действий [4]. Это можно увидеть на примере таких стран, как Коста-Рика [8] и Кубы [9], где политическое лидерство в этих странах, которое расставило приоритеты ПМСП, помогло скорректировать и улучшить его реализацию.

В последние несколько лет появились новые «страны-герои», в том числе Китай [10] и Объединенные Арабские Эмираты [11]. Перемены, предпринятые ими в сфере здравоохранения, могут оказать глубокое воздействие на здоровье в мире. Например, недавний анализ предлагаемых Китаем глобальных инвестиций в здравоохранении позволяет предположить, что эти инвестиции могут существенно расширить глобальный доступ к недорогим китайским фармацевтическим препаратам и медицинским технологиям [12] и обеспечить новую инфраструктуру здравоохранения в нескольких странах с низким и средним уровнем дохода [13].

Jon Rohde и др. оценили прогресс развития ПМСП в экономически развивающихся странах после принятия Алма-Атинской Декларации. Были проанализированы ожидаемая продолжительность жизни по отношению к национальному доходу и распространенности ВИЧ инфекции, показатели снижения смертности детей в возрасте до 5 лет в 30 странах с низким и средним уровнем национального дохода [14]. Рассматриваемые 30 стран расширили комплексный подход к переменам в ПМСП путем введения обязательной иммунизации и обучения населения планированию беременности и созданию здоровой семьи, преимущественно это были страны, находящиеся в Юго-Восточной Азии, Северной Африке и Латинской Америке [15]. Средний показатель охвата иммунизацией в этих странах составил 91%. Целевой уровень оснащения противозачаточными средствами в африканских странах был 62%, в Непале и Малави составил 75% [16].

В Египте с 1980-х годов, то есть после Алма-Атинской декларации, вопросы о здоровье матери и ребенка, обязательной иммунизации, планировании семьи, пероральной регидратации стали приоритетными задачами системы государственного здравоохранения. Египет добился прогресса в

увеличении посещаемости квалифицированных родов, в настоящее время он охватывает около трех четвертей населения [17]. Усилия работников сферы ПМСП страны продолжают с целью охвата бедных слоев населения качественной медицинской помощью.

В Мексике валовой национальный доход составляет 7870 долларов на одного человека, вследствие чего Мексика не включена в список стран с низким доходом, однако из опыта последней можно извлечь множество полезных уроков в прогрессе первичной медико-санитарной помощи. Основное внимание было уделено на мониторинг роста количества населения, пероральную регидратацию, кормление грудью и иммунизацию, ликвидацию полиомиелита, дифтерии, кори и существенное снижение показателей смертности от диареи. Пищевой статус детей значительно улучшился. Спектр вмешательств со временем увеличивался, клиники объединялись в сложные системы, в то время как бедные были защищены с помощью социального медицинского страхования. Лидерство и последовательность в разработке политики наряду с инвестициями в медицинские учреждения и укрепление людских ресурсов стали основными причинами для прогресса государства [18].

Индия продолжает сталкиваться с огромными проблемами [19], но успех в некоторых ее штатах, в частности, в Керале и Тамилнаде, является важным примером успеха ПМСП, превышающих многие африканские страны. Эти штаты характеризуются не только высоким охватом услугами, но и более строгим уровнем ответственности государственных служащих перед своим народом [20].

Опыт экономически развитых стран показывает, что системы здравоохранения с сильным первичным звеном более эффективны, имеют более низкие показатели госпитализации, более высокие показатели по снижению неравенства в отношении здоровья и улучшения результатов, включая снижение смертности [21]. Однако даже самая идеальная система может давать сбои. Реформы правительства в сфере ПМСП не всегда приносили значительные выгоды, особенно уязвимым группам, и есть области, в которых мало что произошло. Это ограниченное действие отражается в сохранении существенного неравенства в отношении здравоохранения во многих странах [22].

В европейских странах неравенство уменьшилось за последнее десятилетие [23]. Однако исследования, проведенные в Соединенных Штатах Америки (США) [24] и Франции [25], указывают на обратное. Есть примеры того, как некоторые традиционно крупные и сильные державы, такие как США, отстают от своих прежних позиций в качестве лидеров глобального здравоохранения [26]. В апреле 2017 года нынешнее правительство США изъяла финансирование в Фонде народонаселения ООН и предложила сократить глобальное финансирование здравоохранения в США на 23% с 2018 до 2019 финансового года (с

10,8 миллиарда долларов до 8,3 миллиарда долларов) [11]. Также на сегодняшний день существуют проблемы в развитии взаимодействия различных сообществ системы здравоохранения. Несмотря на относительно сильную систему ПМСП, координация и более широкая интеграция остаются слабыми во многих странах [27]. Например, в Великобритании и Нидерландах достаточно сильные системы ПМСП [28], но у каждой из них возникают трудности с интеграцией их с вторичными системами, местными и социальными службами [29, 30].

В нашей стране также были предприняты новшества и реформы в сфере здравоохранения. Важно отметить, что систему ПМСП в Советском Союзе признали одной из сильнейших и результативных, однако после распада страны ею пренебрегли. После чего в России, Таджикистане и Казахстане было отмечено снижение продолжительности жизни взрослого населения, несмотря на низкие показатели детской смертности. Алкоголизм, туберкулез и другие хронические заболевания способствовали этому [31]. Несмотря на значительные достижения в национальной системе здравоохранения Казахстана и успехи реформ, предпринятых за два последних десятилетия, сфера оказания ПМСП в стране находится под возрастающим напряжением от растущего бремени хронических заболеваний и нуждается в системном преобразовании структуры в условиях перехода к человеку-ориентированному подходу.

Хотя Алма-Атинская Декларация имела огромное значение, на практике ее влияние было более ограниченным и в процессе реализации решений многие страны столкнулись с проблемами. Действительно, в Декларации отсутствовал прагматический план по превращению ее похвальных целей в значимые действия и результаты. В течение года после принятия, продолжались обсуждения универсальных и избирательных подходов, рекомендовались временные меры первичного здравоохранения, сосредоточив внимание на узком наборе экономически эффективных стратегий и мер создания устойчивой сферы здравоохранения. Результатом стал пакет для снижения детской смертности на основе мониторинга роста, пероральной регидратации, грудного вскармливания и иммунизации.

Девиз Декларации «Здоровье для всех к 2000 году» оказался несбыточной мечтой. Такие заявления, как «Здоровье для всех», являются вдохновляющими, но их трудно измерить [32]. Эффективное отслеживание реализации ПМСП требовало результатов и показателей процесса, включая определение уровня смертности населения, охват медицинскими высокоэффективными вмешательствами, правильным функционированием систем здравоохранения, механизмов прозрачности и демократического управления, уровней устойчивого финансирования. Ключевой задачей для реализации принципов

ПМСП согласно Декларации являлось выполнение мониторинга справедливости путем оценки доступа уязвимых групп населения к медицинским услугам [33].

Видение Алма-Атинской Декларации состояло в том, чтобы изменить, понятие о здоровье и избежать больницы, специалистов и болезней, а также признание того, что здоровье – это не только отсутствие болезней, но и социальные, экономические причины и факторы окружающей среды, которые влияют на здоровье отдельных лиц и групп населения. За 40 лет после Алма-Атинской Декларации «Здоровье для всех / Health For All» многое изменилось: государства и государственные устои, системы здравоохранения, ментальность и предпочтения населения. Мир все еще сталкивается с социально-экономическим неравенством в системе здравоохранения [34]. Однако есть надежда на лучшее. Принципы и цели Декларации сегодня так же свежи и актуальны, как и 40 лет назад. Обновленная приверженность ВОЗ и ООН обеспечению всеобщего охвата услугами здравоохранения означает, что спустя десятилетия после его введения подход, отстаиваемый в Алма-Атинской Декларации, остается просвещенным и дальновидным планом для стран, стремящихся к достижению здоровья для всех [35].

Приоритетами по-прежнему является здоровье матери и ребенка, планирование семьи, профилактика и лечение инфекционных заболеваний во многих странах, тем не менее, существует также растущая потребность в лечении хронических неинфекционных заболеваний. Достижение высокого уровня охвата медицинскими услугами сельского населения имеет важное значение и является настоящим испытанием социальной справедливости и равенства [36]. Каждый человек в системе здравоохранения должен рассматриваться как активный участник в процессе создания собственного здоровья, а не как пассивный потребитель вмешательств, обусловленных предложением. Акцент смещен с демонстрации результатов единичных вмешательств к созданию интегрированных, долгосрочных, устойчивых систем здравоохранения, которые могут быть построены с более избирательного начала первичной медико-санитарной помощи [37].

Астанинская Декларация

Эти годы и опыт продемонстрировали, что принятая политика 134 странами в далеком 1978 году имела верное направление [38]. В мае 2017 года на 70-й сессии Всемирной Ассамблеи Здравоохранения ВОЗ Казахстан предложил обновить Алма-Атинскую Декларацию с учетом современных вызовов. Новое время требует новых действий. Было необходимо обновление концепции ПМСП и принятие мер по улучшению предоставления услуг здравоохранения. Для постановки таких задач были определены следующие причины:

- особенности ПМСП должны позволять системе здравоохранения быстро адаптироваться в современном мире;
- нужно делать акцент на пропаганде и профилактике, устранении факторов слабого здоровья и будущих угрозах;
- цели в области устойчивого развития могут быть достигнуты только при эффективной ПМСП.

25-26 октября 2018 года в столице Казахстана Астане прошла Глобальная конференция, организованная ВОЗ, ЮНИСЕФ и правительством Казахстана. Встреча была посвящена 40-летию развития ПМСП и подписания Алма-Атинской Декларации, в рамках которой делегатами стран-участниц ВОЗ была официально принята Астанинская Декларация по ПМСП. Декларация Астаны подтверждает продолжение приверженности к исторической Алма-Атинской Декларации 1978 года. Целью форума было вновь подтвердить обязательства по укреплению системы ПМСП для достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения [39]. ВОЗ было предложено разработать новую декларацию, которая определила бы курс развития ПМСП в будущем с учетом вызовов и возможностей современности. Страны мира поддержали данную инициативу и совместно с экспертами и неправительственными организациями (НПО) разработали проект документа, который был публично обсужден на сайте ВОЗ (поступило свыше 1000 предложений). Поскольку ключевую ответственность за реализацию Астанинской Декларации [40] будут нести именно государства, что отражено в самом документе, то и в согласовании окончательной его версии принимали участие только госорганы стран, представленные дипломатическими миссиями в Женеве на базе штаб-квартиры ВОЗ. Казахстан был избран председателем процесса согласования с правом редактирования содержания документа. Благодаря интенсивной работе в ходе серии из 10 заседаний, всеми государствами-членами была одобрена без замечаний Астанинская Декларация по ПМСП.

Многие страны успешно воплотили свои подходы к ПМСП на практике, что позволило внедрять инновации и лучше реагировать на потребности населения в медицинском обслуживании. Астанинская Декларация подтверждает, что, несмотря на заметные успехи, достигнутые за последние 40 лет, у людей во всех регионах мира остаются неудовлетворенные потребности в сфере здравоохранения. Сохранение здоровья для многих является трудной задачей, особенно для людей, проживающих в условиях бедности и уязвимости. *«Мы считаем неприемлемым с этической, политической, социальной и экономической точек зрения сохранение несправедливости в здравоохранении и неравенства в показателях здоровья. Мы будем продолжать бороться с растущим бременем неинфекционных заболеваний, которые ведут к ухудшению здоровья»*

людей и преждевременной смертности в связи с употреблением табака, вредным употреблением алкоголя, нездоровыми формами поведения и образом жизни, а также с недостаточным уровнем физической активности и нездоровым рационом питания. Если мы не примем неотложные меры, то по-прежнему будем терять жизни людей в результате войн, насилия, эпидемий, стихийных бедствий, воздействия изменения климата, экстремальных погодных явлений и других факторов окружающей среды на здоровье. Мы не должны упускать возможностей остановить вспышки заболеваний и глобальные угрозы здоровью, такие как устойчивость к противомикробным препаратам, которые распространяются за пределы государственных границ» [41].

Новой Декларацией установлены три основных уровня действий правительств стран:

- Политический уровень: посредством своей значимости в рамках достижения целей устойчивого развития посредством ПМСП к 2030 году.
- Стратегический уровень: через создание обновленного видения систем здравоохранения.
- Операционный уровень: посредством разработки Плана реализации в сочетании с мониторингом [42].

Астанинская Декларация подтвердила политическую приверженность ПМСП со стороны правительств, НПО, профессиональных организаций, научных кругов и глобальных организаций здравоохранения и развития [43]. Она будет использоваться для информирования заседания высокого уровня Генеральной Ассамблеи ООН по вопросам всеобщего охвата услугами здравоохранения в 2019 году.

Декларация Астаны отличается от Алма-Атинской тем, что дает более четкие рекомендации и предлагает шаги для всех ключевых сторон, которые будут ее внедрять – это государства, медицинское сообщество, пациенты и общество, а также партнеры, представленные международными организациями и негосударственным сектором. С учетом этого Астанинская Декларация определяет 4 ключевых направления для дальнейшей работы:

- Принятие смелых политических решений для улучшения здоровья людей
- Создание устойчивой первичной медико-санитарной помощи
- Расширение прав и возможностей людей и общества в поддержании здоровья
- Работа заинтересованных сторон (негосударственного сектора, НПО, международных агентств), согласованная с национальной политикой, стратегиями и планами каждой страны.

Астанинская Декларация призывает использовать дополнительные усилия правительств в сфере развития человеческого капитала, построение

систем, ориентированных на ценности человека, применение новых цифровых технологий, данных пациента, то есть того научно-технического прогресса, который произошел за эти 40 лет после Алмагитинской Декларации. Можно сказать, что Астанинская Декларация планирует быть более конкретизированной и требовательной к странам в части ее реализации, так как многие участники сегодня говорили, что не смогли полностью воплотить в жизнь принципы Алма-Атинской Деклараций.

В связи с этим странами-участницами намечена большая программа совместно с ВОЗ и ЮНИСЕФ по продвижению принципов первичного здравоохранения в контексте обеспечения населения всеобщим качественным доступом к услугам здравоохранения на уровне Генеральной Ассамблеи ООН в 2019 году [44].

Успех прошедшей конференции – начало нового движения вперед на благо здоровья для всех. Страны мира стремятся достичь всеобщего охвата медицинскими услугами, чтобы «никто не остался позади». На этом пути участники конференции и авторы Декларации признали первичную медицинскую помощь ключом в достижении целей устойчивого развития ООН, в том числе для всеобщего охвата медицинскими услугами для всех жителей планеты. Например, текст Деклараций гласит: «Мы будем использовать различные технологии для расширения доступа к медико-санитарной помощи, совершенствования услуг здравоохранения, повышения качества обслуживания и безопасности пациентов, а также для наращивания эффективности и улучшения координации медико-санитарной помощи. С помощью цифровых и других технологий мы обеспечим людям и сообществам возможность определять свои потребности в области здравоохранения, участвовать в планировании и предоставлении услуг и играть активную роль в поддержании своего собственного здоровья и благополучия» [41]. То есть Декларация определяет то, к чему все мы должны стремиться, несмотря на разную отправную точку в развитии. Также четко оговорено, что ПМСП будет организована в соответствии с национальными законами, условиями и приоритетами. То есть, несмотря на международный характер, нет единственного рецепта для всех – каждая страна должна сама понимать и определять проблемы и решать их в первую очередь, соблюдая общие принципы, прописанные в декларации.

Приняв Декларацию Астаны, государства заявили, что они будут укреплять системы здравоохранения посредством инвестиций в ПМСП. Страны будут расширять потенциал и инфраструктуру, необходимые для первичной медико-санитарной помощи, которая представляет собой точку первого контакта со службами здравоохранения, придавая при этом приоритетное значение важнейшим функциям в сфере общественного здравоохранения. Приоритетом станут профилактика заболеваний и укрепление

здоровья, удовлетворение потребностей людей на всем протяжении их жизни через полный спектр услуг: от профилактики, укрепления здоровья, лечения и до реабилитации и паллиативной помощи. Декларация Астаны также подчеркивает важность социальной справедливости. Страны будут делать ПМСП доступной по стоимости и по наличию инфраструктуры, равноправной, безопасной, качественной, всеобъемлющей, эффективной. ПМСП таким образом, укрепит системы здравоохранения, включая способность предупреждать инфекционные болезни, реагировать на вспышки, управлять неинфекционными болезнями так, чтобы человек прожил качественную и долгую жизнь даже с хроническим заболеванием. Поддержание здоровья населения через ПМСП – самая эффективная стратегия сдерживания роста расходов, так и для развивающихся стран, для которых это залог доступности большинства медицинских услуг для населения. С принятием Декларации Астаны, в котором ПМСП признана в качестве стратегии достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения в мире. Поэтому впереди еще много работы. Например, в сентябре 2019 года ВОЗ планирует внести медико-санитарную помощь в повестку заседания Генеральной Ассамблеи ООН в Нью-Йорке.

Развитие ПМСП в Казахстане

Итогом модернизации и приоритетного развития ПМСП в Казахстане должна стать построенная эффективная система здравоохранения на основе социальной справедливости и ориентированности на нужды населения, будут заложены основы перехода к персонифицированной медицине, что позволит достичь следующих основных результатов. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении к 2030 году составит более 78 лет и выше. Общая смертность населения Республики Казахстан снизится до 7,8 на 1000 населения. Показатель материнской смертности к 2030 году снизится в 1,5 раза по отношению к 2014 году. Уровень младенческой смертности снизится вдвое и станет соответствовать уровню Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР). Существенно улучшится здоровье населения со значительным снижением бремени хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ), с приоритетным вниманием лечению, контролю и целенаправленной профилактике ХНИЗ.

Будет создана модель здравоохранения, максимально доступная для всех слоев населения и пользующаяся их спросом и уважением. Сейчас настало время дать новый импульс развитию ПМСП, как основе и будущему системы здравоохранения в целях достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения и достижения целей в области устойчивого развития. Система ПМСП должна не просто функционировать в качестве шлюза к более сложным медицинским или хирургическим процедурам, но и обеспечивать всесторонний и постоянный ответ на большую часть потребностей населения в области здравоохранения, а также заниматься профилактикой заболеваний посредством эффективных мер, направленных на укрепление здоровья граждан. Другими словами, система ПМСП должна функционировать таким образом, чтобы большинство контактов населения с системой здравоохранения начиналось, а поводы для обращения эффективно устранялись на уровне ПМСП, и выдача направлений в организации более высокого уровня происходила лишь тогда, когда не удастся провести эффективное лечение. Необходимы активные усилия, направленные на повышение качества медицинских услуг, уделяя особое внимание ХНИЗ. Улучшить координацию и систематизацию медицинских услуг и обеспечить организацию многопрофильной работы, обеспечить координацию лечения в рамках всей системы здравоохранения и повысить ответственность за предоставление оказываемых медицинских услуг.

Заключение

Новое обязательство Астанинской Декларации, разработанной при содействии ООН, члены государств будут призывать к ПМСП, которая ставит людей в центре систем здравоохранения, а не болезни, учреждения, цели доноров или вертикальные потоки финансирования. Необходимо трансформировать это видение в практическую реальность для пользы и развития человечества.

Это большая ответственность, что в последующие десятилетия ПМСП должно быть ключевой помощью в сохранении здоровья людей, и совместными усилиями во всем мире будут реализовываться направления Декларации Астаны. Новый подход к ПМСП имеет решающее значение для достижения общих целей. Прогресс потребует максимального усилия со всех сторон.

Список литературы:

1. Healthier, fairer, safer: the global health journey 2007–2017 World Health Organization 2017;72 <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255351/1/9789241512367-eng.pdf#>
2. Процесс руководства для развития национального здравоохранения: Основополагающие принципы для использования в поддержку стратегий по достижению здоровья для всех к 2000 г. Всемирная организация здравоохранения. Женева. 1981;73 http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/141285/Managerial%20process%20for%20national%20health%20development_Rus.PDF
3. Кенжебаева ИБ, Итегулов ЖА. Первичная медико-санитарная помощь и роль Алма-Атинской декларации 1978 года. Медицинский журнал Западного Казахстана 2013;3(39):10–14
4. Zulfiqar A Bhutta, Rifat Atun, Navjoyt Ladher, Kamran Abbasi. Alma Ata and primary healthcare: back to the future. After 40 years, global health is returning to the vision of the Alma Ata declaration. BMJ 2018;363:k4433 DOI: 10.1136/bmj.k4433 (Published 22 October 2018)
5. Stephen Gillam. Is the declaration of Alma Ata still relevant to primary health care? BMJ 2008;537.
6. Walsh JA, Warren KS. Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. N Engl J Med 1979;301:967–74.
7. Dugani S, Afari H, Hirschhorn LR et al. Prevalence and factors associated with burnout among frontline primary health care providers in low- and middle-income countries: a systematic review. Gates Open Research. 2018;2(4).
8. Pesece M, Ratcliffe H, Bitton A. Building a thriving primary health care system: the story of Costa Rica. Case Study, Ariadne Labs, 2017.
9. Reed Gail. Bulletin of the World Health Organization. 2008;86(5):321–416.
10. Mash R, Almeida M, Wong WC, Kumar R, von Pressentin KB. The roles and training of primary care doctors: China, India, Brazil and South Africa. Hum Resour Health. 2015;13:93.
11. Yamey G, Sridhar D, Abbasi K. The extricable links between health, wealth, and profits. BMJ 2018;363:k4418.
12. China Joint Study Partnership. Deepening health reform in China: building high-quality and value-based service delivery. Washington, DC: World Bank; 2016.
13. Hone T, Macinko J, Millett C. Revisiting Alma-Ata: what is the role of primary health care in achieving the Sustainable Development Goals? Lancet. 2018 Oct 20;392(10156):1461–1472. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)31829-4.
14. Bishai DM, Cohen R, Alfonso YN, Adam T, Kuruvilla S, Schweitzer J (2016) Factors Contributing to Maternal and Child Mortality Reductions in 146 Low- and Middle-Income Countries between 1990 and 2010. PLoS ONE 11(1): e0144908. DOI:10.1371/journal.pone.0144908 Editor: Niko Speybroeck, Université.
15. Bradshaw D, Chopra M, Kerber K, et al. Every death counts: use of mortality audit data for decision making to save the lives of mothers, babies, and children in South Africa. Lancet 2008;371:1294–304.
16. Houweling TA, Ronsmans C, Campbell OM, Kunst AE. Huge poor-rich inequalities in maternity care: an international comparative study of maternity and child care in developing countries. Bull World Health Organ 2007;85:745–54.
17. Bryce J, Daelmans B, Dwivedi A, et al. Countdown to 2015 for maternal, newborn, and child survival: the 2008 report on tracking coverage of interventions. Lancet 2008;371:1247–58.
18. Gakidou E, Lozano R, Gonzalez-Pier E, et al. Assessing the effect of the 2001–06 Mexican health reform: an interim report card. Lancet 2006;368:1920–35.
19. Rudra S, Kalra A, Kumar A, Joe W. Utilization of alternative systems of medicine as health care services in India: Evidence on AYUSH care from NSS 2014. PLoS One. 2017 May 4;12(5).
20. Jon Rohde, Simon Cousens, Mickey Chopra, Viroj Tangcharoensathien, Robert Black, Zulfi qar A Bhutta, Joy E Lawn. Alma-Ata: Rebirth and Revision 430 years after Alma-Ata: has primary health care worked in countries? Lancet 2008;372:950–61.
21. Lipsitz LA. Understanding health care as a complex system: the foundation for unintended consequences. JAMA 2012;308:243–44.
22. Gwatkin DR. Trends in health inequalities in developing countries.

Spisok literaturey:

1. Healthier, fairer, safer: the global health journey 2007–2017 World Health Organization 2017;72 <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255351/1/9789241512367-eng.pdf#>
2. Process rukovodstva dlya razvitiya nacional'nogo zdavoohraneniya: Osnovopolagayushchie principy dlya ispol'zovaniya v podderzhku strategij po dostizheniyu zdorov'ya dlya vsekh k 2000 g. – Vsemirnaya organizaciya zdavoohraneniya. ZHeneva. 1981;73 http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/141285/Managerial%20process%20for%20national%20health%20development_Rus.PDF
3. Kenzhebaeva IB, Itegulov ZHA. Pervichnaya mediko-sanitarnaya pomoshch' i rol' Alma-Atinskoy deklaracii 1978 goda. Medicinskij zhurnal Zapadnogo Kazahstana 2013;3(39):10–14
4. Zulfiqar A Bhutta, Rifat Atun, Navjoyt Ladher, Kamran Abbasi. Alma Ata and primary healthcare: back to the future. After 40 years, global health is returning to the vision of the Alma Ata declaration. BMJ 2018;363:k4433 DOI: 10.1136/bmj.k4433 (Published 22 October 2018)
5. Stephen Gillam. Is the declaration of Alma Ata still relevant to primary health care? BMJ 2008;537.
6. Walsh JA, Warren KS. Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. N Engl J Med 1979;301:967–74.
7. Dugani S, Afari H, Hirschhorn LR et al. Prevalence and factors associated with burnout among frontline primary health care providers in low- and middle-income countries: a systematic review. Gates Open Research. 2018;2(4).
8. Pesece M, Ratcliffe H, Bitton A. Building a thriving primary health care system: the story of Costa Rica. Case Study, Ariadne Labs, 2017.
9. Reed Gail. Bulletin of the World Health Organization. 2008;86(5):321–416.
10. Mash R, Almeida M, Wong WC, Kumar R, von Pressentin KB. The roles and training of primary care doctors: China, India, Brazil and South Africa. Hum Resour Health. 2015;13:93.
11. Yamey G, Sridhar D, Abbasi K. The extricable links between health, wealth, and profits. BMJ 2018;363:k4418.
12. China Joint Study Partnership. Deepening health reform in China: building high-quality and value-based service delivery. Washington, DC: World Bank; 2016.
13. Hone T, Macinko J, Millett C. Revisiting Alma-Ata: what is the role of primary health care in achieving the Sustainable Development Goals? Lancet. 2018 Oct 20;392(10156):1461–1472. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)31829-4.
14. Bishai DM, Cohen R, Alfonso YN, Adam T, Kuruvilla S, Schweitzer J (2016) Factors Contributing to Maternal and Child Mortality Reductions in 146 Low- and Middle-Income Countries between 1990 and 2010. PLoS ONE 11(1): e0144908. DOI:10.1371/journal.pone.0144908 Editor: Niko Speybroeck, Université.
15. Bradshaw D, Chopra M, Kerber K, et al. Every death counts: use of mortality audit data for decision making to save the lives of mothers, babies, and children in South Africa. Lancet 2008;371:1294–304.
16. Houweling TA, Ronsmans C, Campbell OM, Kunst AE. Huge poor-rich inequalities in maternity care: an international comparative study of maternity and child care in developing countries. Bull World Health Organ 2007;85:745–54.
17. Bryce J, Daelmans B, Dwivedi A, et al. Countdown to 2015 for maternal, newborn, and child survival: the 2008 report on tracking coverage of interventions. Lancet 2008;371:1247–58.
18. Gakidou E, Lozano R, Gonzalez-Pier E, et al. Assessing the effect of the 2001–06 Mexican health reform: an interim report card. Lancet 2006;368:1920–35.
19. Rudra S, Kalra A, Kumar A, Joe W. Utilization of alternative systems of medicine as health care services in India: Evidence on AYUSH care from NSS 2014. PLoS One. 2017 May 4;12(5).
20. Jon Rohde, Simon Cousens, Mickey Chopra, Viroj Tangcharoensathien, Robert Black, Zulfi qar A Bhutta, Joy E Lawn. Alma-Ata: Rebirth and Revision 430 years after Alma-Ata: has primary health care worked in countries? Lancet 2008;372:950–61.
21. Lipsitz LA. Understanding health care as a complex system: the foundation for unintended consequences. JAMA 2012;308:243–44.
22. Gwatkin DR. Trends in health inequalities in developing countries. Lancet Glob Health 2017;5:e371–72.

- Lancet Glob Health 2017;5:371–72.
23. Mackenbach JP, Valverde JR, Artnik B, et al. Trends in health inequalities in 27 European countries. *Proc Natl Acad Sci USA* 2018;115:6440–45.
 24. Bor J, Cohen GH, Galea S. Population health in an era of rising income inequality: USA, 1980–2015. *Lancet* 2017;389:1475–90.
 25. Nay O, Béjean S, Benamouzig D, Bergeron H, Castel P, Ventelou B. Achieving universal health coverage in France: policy reforms and the challenge of inequalities. *Lancet* 2016;387:2236–49.
 26. Borda Olivás A, PalmaRuiz M, Drasbek C, Sarria Santamera A. Community health workers: a literature review in some countries of South America. *Value in Health*. 2012;15(4):A27–A28.
 27. Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, Saltman RB. Building primary care in a changing Europe. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 2015.
 28. Kringos DS, Boerma WG, van der Zee J, Groenewegen PP. Political, cultural and economic foundations of primary care in Europe. *Soc Sci Med* 2013;99:9–17.
 29. Cylus J, Richardson E, Findley L, Longley M, O'Neill C, Steel D. United Kingdom health system review. Copenhagen: World Health Organization (acting as host for the European Observatory on Health Systems and Policies), 2015.
 30. Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Groenewegen P, de Jong J, Ginneken E. Netherlands: health system review. *Health Syst Transit* 2016;18:1–240.
 31. Lawn JE, Rohde J, Rifkin S, Were M, Paul VK, Chopra M. Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalise. *Lancet* 2008;372:917–27.
 32. Watkins DA, Nugent R, Saxenian H et al. Intersectoral policy priorities for health. In: Jamison DT, Gelband H, Horton S, Jha P, Laxminarayan R, Mock CN, Nugent R, editors. *Disease control priorities: improving health and reducing poverty*. Volume 9: Disease control priorities. 3rd ed. Washington, DC: World Bank; 2018.
 33. Pettigrew LM, De Maeseneer J, Anderson MIP, Essuman A, Kidd MR, Haines A. Primary health care and the Sustainable Development Goals. *Lancet* 2015;386:2119–21.
 34. Bacigalupe A, Esnaola S, Martín U, Zuazagoitia J. Learning lessons from past mistakes: how can Health in All Policies fulfil its promises? *J Epidemiol Community Health* 2010;64:504–05.
 35. WHO. *The World Health Report 2013: research for universal health coverage*. Geneva: World Health Organization, 2013.
 36. Marmot M. Global action on social determinants of health. *Bull World Health Organ* 2011;89:702.
 37. John Walley, Joy E Lawn, Anne Tinker, Andres de Francisco, Mickey Chopra, Igor Rudan, Zulfi qar A Bhutta, Robert E Black, and the Lancet Alma-Ata Working Group. *The Lancet* 2008;372:1005.
 38. Rifkin SB. Alma Ata after 40 years: Primary Health Care and Health for All—from consensus to complexity. *BMJ Glob Health* 2018;3:e001188. DOI:10.1136/bmjgh-2018-001188
 39. The Astana Declaration: time to focus on primary health care. *Lancet Infect Dis*. 2018 Dec;18(12):1289. DOI: 10.1016/S1473-3099(18)30679-0.
 40. Val Wass. The Astana declaration 2018, Education for Primary Care 2018;29(6):321–321, DOI: 10.1080/14739879.2018.1545528
 41. Астанинская декларация по первичной-медико-санитарной помощи, 2018;
 42. WHO. UNICEF. *A Vision for Primary Health Care in the 21st Century*, 2018.
 43. Population Division, Department of Economic and Social Affairs. *World urbanization prospects 2018*. New York: United Nations; 2018.
 44. World Health Organization. (2018). *The World Health Report 2018. Primary Health Care (Now More Than Ever)*. Geneva: World Health Organization.
 23. Mackenbach JP, Valverde JR, Artnik B, et al. Trends in health inequalities in 27 European countries. *Proc Natl Acad Sci USA* 2018;115:6440–45.
 24. Bor J, Cohen GH, Galea S. Population health in an era of rising income inequality: USA, 1980–2015. *Lancet* 2017;389:1475–90.
 25. Nay O, Béjean S, Benamouzig D, Bergeron H, Castel P, Ventelou B. Achieving universal health coverage in France: policy reforms and the challenge of inequalities. *Lancet* 2016;387: 2236–49.
 26. Borda Olivás A, PalmaRuiz M, Drasbek C, Sarria Santamera A. Community health workers: a literature review in some countries of South America. *Value in Health*. 2012;15(4):A27–A28.
 27. Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, Saltman RB. Building primary care in a changing Europe. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 2015.
 28. Kringos DS, Boerma WG, van der Zee J, Groenewegen PP. Political, cultural and economic foundations of primary care in Europe. *Soc Sci Med* 2013;99:9–17.
 29. Cylus J, Richardson E, Findley L, Longley M, O'Neill C, Steel D. United Kingdom health system review. Copenhagen: World Health Organization (acting as host for the European Observatory on Health Systems and Policies), 2015.
 30. Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Groenewegen P, de Jong J, Ginneken E. Netherlands: health system review. *Health Syst Transit* 2016;18:1–240.
 31. Lawn JE, Rohde J, Rifkin S, Were M, Paul VK, Chopra M. Alma-Ata 30 years on: revolutionary, relevant, and time to revitalise. *Lancet* 2008;372:917–27.
 32. Watkins DA, Nugent R, Saxenian H et al. Intersectoral policy priorities for health. In: Jamison DT, Gelband H, Horton S, Jha P, Laxminarayan R, Mock CN, Nugent R, editors. *Disease control priorities: improving health and reducing poverty*. Volume 9: Disease control priorities. 3rd ed. Washington, DC: World Bank; 2018.
 33. Pettigrew LM, De Maeseneer J, Anderson MIP, Essuman A, Kidd MR, Haines A. Primary health care and the Sustainable Development Goals. *Lancet* 2015;386:2119–21.
 34. Bacigalupe A, Esnaola S, Martín U, Zuazagoitia J. Learning lessons from past mistakes: how can Health in All Policies fulfil its promises? *J Epidemiol Community Health* 2010;64:504–05.
 35. WHO. *The World Health Report 2013: research for universal health coverage*. Geneva: World Health Organization, 2013.
 36. Marmot M. Global action on social determinants of health. *Bull World Health Organ* 2011;89:702.
 37. John Walley, Joy E Lawn, Anne Tinker, Andres de Francisco, Mickey Chopra, Igor Rudan, Zulfi qar A Bhutta, Robert E Black, and the Lancet Alma-Ata Working Group. *The Lancet* 2008;372:1005.
 38. Rifkin SB. Alma Ata after 40 years: Primary Health Care and Health for All—from consensus to complexity. *BMJ Glob Health* 2018;3:e001188. DOI:10.1136/bmjgh-2018-001188
 39. The Astana Declaration: time to focus on primary health care. *Lancet Infect Dis*. 2018 Dec;18(12):1289. DOI: 10.1016/S1473-3099(18)30679-0.
 40. Val Wass. The Astana declaration 2018, Education for Primary Care 2018;29:6:321–321, DOI: 10.1080/14739879.2018.1545528
 41. Астанинская Декларация по первичной-медико-санитарной помощи, 2018;
 42. WHO. UNICEF. *A Vision for Primary Health Care in the 21st Century*, 2018.
 43. Population Division, Department of Economic and Social Affairs. *World urbanization prospects 2018*. New York: United Nations; 2018.
 44. World Health Organization. (2018). *The World Health Report 2018. Primary Health Care (Now More Than Ever)*. Geneva: World Health Organization.