

ОТ РЕДАКЦИИ

Десять проверенных опытом мер политики, стимулирующих реформирование системы первичной медико-санитарной помощи в Европейском регионе ВОЗ

Erica Barbazza¹, Hanne Bak Pedersen², Елжан Биртанов³, Manfred Huber², Kaisa Immonen⁴, Melitta Jakob^{2,5}, Hans Kluge², Dionne Kringos¹, Natasha Azzopardi-Muscat⁶, Salman Rawaf⁷, Anna Stavdal⁸, Juan Tello^{2,9}

¹ Университетский медицинский центр Амстердама, Амстердамский университет, Институт исследований в области общественного здравоохранения, Амстердам, Нидерланды

² Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген, Дания

³ Министерство здравоохранения Казахстана, Астана, Казахстан

⁴ Европейский форум пациентов, Брюссель, Бельгия

⁵ Барселонский офис ВОЗ по укреплению систем здравоохранения, Барселона, Испания

⁶ Европейская ассоциация общественного здравоохранения, Утрехт, Нидерланды

⁷ Имперский колледж Лондона, Лондон, Соединенное Королевство

⁸ Организация WONCA Europe, Любляна, Словения

⁹ Европейский центр ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи, Алматы, Казахстан

МЕРЫ ПОЛИТИКИ, СТИМУЛИРУЮЩИЕ РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Отмечается, что принятие Астанинской декларации открывает более широкие перспективы для развития первичной медико-санитарной помощи (1), и перспективы в первую очередь связаны с полноценным использованием оперативной информации, касающейся услуг здравоохранения.

Сороковая годовщина подписания Алма-Атинской декларации ознаменовалась принятием новых политических обязательств и одновременным накоплением критической массы обширных фактических данных и ноу-хау в области предоставления услуг. В преддверии Глобальной конференции по первичной медико-санитарной помощи министр здравоохранения Казахстана д-р Елжан Биртанов отметил следующее:

«В каждой стране имеется много возможностей для дальнейших улучшений... [Нам нужно] использовать успешные примеры других стран, делиться ими и выносить их на обсуждение. Мы можем извлечь пользу из всей истории и опыта, накопленного нами за последние 40 лет, и в перспективе сделать первичную медико-санитарную помощь более качественной и эффективной (2)».

В этом специальном выпуске мы проанализировали и обобщили имеющиеся фактические данные и накопленный опыт и сформулировали на их основе 10 проверенных опытом мер политики, стимулирующих дальнейшее развитие концепции первичной медико-санитарной помощи в Европейском регионе ВОЗ (вставка 1). Эти меры были представлены и рассмотрены на двух мероприятиях, проведенных недавно в Казахстане: глобальной конференции в Астане и предварявшей ее научной конференции в Алматы в октябре 2018 г. (3). Эти стимулирующие меры, альтернативные варианты политики, обязательные шаги или возможности для осуществления форсированного рывка в сфере преобразования первичной медико-санитарной помощи — станут отправной точкой для начала в высшей степени эффективных и смелых реформ. Они не являются исчерпывающими, однако при этом относятся к числу «наиболее выгодных» с точки зрения времени и ресурсов,

затрачиваемых на преобразование механизмов предоставления услуг на основе проверенных опытом результатов исследований и практической деятельности. Кроме того, после их дальнейшей доработки в соответствии с приоритетами и потребностями конкретной страны эти меры станут своего рода программой действий для министра здравоохранения.

ВСТАВКА 1. МЕРЫ ПОЛИТИКИ, СТИМУЛИРУЮЩИЕ РАЗВИТИЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

1. Реализовать принцип управления здоровьем населения с целью интеграции общественного здравоохранения и первичной медико-санитарной помощи
2. Принять модель социально-ориентированной помощи в целях интеграции с системой социального обслуживания населения
3. Расширять права и возможности местного населения и привлекать пациентов к формулированию проблем, принятию соответствующих решений и мер
4. Сетевые объединения поставщиков услуг обеспечивают оперативное оказание многопрофильной помощи
5. Вкладывать средства в развитие компетенций семейных врачей, врачей общей практики и медсестер, чтобы повысить потенциал реагирования системы первичной медико-санитарной помощи
6. Создавать циклы непрерывного усвоения опыта (learning loops) с целью повышения качества на уровне лечебных учреждений
7. Обеспечить ответственное использование лекарственных средств
8. Оптимизировать услуги за счет осуществления преобразований с опорой на фактические данные
9. Модернизировать учреждения с целью оптимального использования электронного здравоохранения и медицинских технологий в системе первичной медико-санитарной помощи
10. Привести механизмы подотчетности и стимулы в соответствие с новыми моделями оказания помощи

СТИМУЛИРОВАТЬ РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ СОВМЕСТНЫМИ УСИЛИЯМИ: ОПИСАНИЕ СТИМУЛИРУЮЩИХ МЕР ПОЛИТИКИ

В процессе предоставления услуг задействованы многочисленные субъекты, и все они должны быть в не меньшей степени вовлечены в процесс преобразования механизмов предоставления услуг. Для развития первичной медико-санитарной помощи необходимы культурные изменения, которые заключаются в понимании того, что каждому предстоит сыграть свою роль в этом процессе. Это касается всех – от отдельно взятого семейного врача или врача общей практики, медсестры, врача-специалиста и специалиста в смежной с медициной области до профессиональных объединений этих медицинских работников; от пациентов и их родственников до общества в целом, молодежи и представителей пациентов; от руководителей учреждений, региональных органов здравоохранения и других государственных служащих до исследователей, партнеров в области развития, советников по вопросам политики и министров здравоохранения, а также представителей других секторов.

Аргументы в пользу каждой из стимулирующих мер политики и известные нам стратегии для начала процесса реформ представлены в приведенных ниже разделах. Чтобы более четко описать эти стимулирующие меры, представителям разных стран, профессий и объединений пациентов, научного сообщества, а также экспертам по вопросам политики было предложено, опираясь на свое собственное мнение и опыт, продемонстрировать значение каждой меры. В эту многопрофильную группу вошли члены Европейской консультативной группы по первичной медико-санитарной помощи (4), представители сотрудничающих центров ВОЗ, сотрудники различных технических подразделений и заинтересованные лица, работающие в курируемых этими подразделениями областях, что демонстрирует все многообразие участников данного процесса, которое необходимо для того, чтобы на практике стимулировать развитие первичной медико-санитарной помощи.

1. РЕАЛИЗОВАТЬ ПРИНЦИП УПРАВЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЕМ НАСЕЛЕНИЯ С ЦЕЛЬЮ ИНТЕГРАЦИИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Масштабы и темпы изменений в состоянии здоровья населения и углубление неравенств свидетельствуют о необходимости сосредоточить внимание на охране здоровья, а не на лечении болезней. Принцип управления здоровьем населения отражает этот приоритет. Его реализация на практике диктует необходимость принятия мер в системе первичной медико-санитарной помощи, призванных укрепить здоровье людей и предотвратить или отсрочить начало предоставления им комплексной помощи при хронических заболеваниях за счет оказания воздействия на исходные детерминанты нездоровья на уровне всего населения (4).

Это требует интенсивного взаимодействия между системой общественного здравоохранения и системой первичной медико-санитарной помощи. К счастью, это взаимодействие является естественным, поскольку общественное здравоохранение работает наиболее эффективно, когда оно твердо опирается на систему здравоохранения, которая обеспечивает ему прочную основу для работы в масштабах всей системы и с другими секторами. Система первичной медико-санитарной помощи является его очевидным союзником в этом; в качестве опорной точки для оказания услуг общественного здравоохранения она оптимизирует процесс выполнения задач обеих систем и позволяет им постоянно учиться на опыте друг друга. Эта интеграция особенно эффективна в контексте оказания индивидуально ориентированных услуг по укреплению здоровья и профилактике болезней, а также раннего выявления и лечения таких заболеваний, как гипертония, нарушение обмена веществ, туберкулез, проблемы психического здоровья и т. п.

Ориентированный на население подход позволяет системе общественного здравоохранения реализовать свой потенциал в области взаимодействия с отдельно взятыми медицинскими специалистами. Обособленность служб общественного здравоохранения несет в себе угрозу потери оперативной информации о здоровье населения в целом. По мере того как структура населения наших стран начинает все больше отличаться от устоявшейся нормы, возникает необходимость в решительных изменениях, твердо опирающихся на популяционный подход и поддерживающих его.

Система первичной медико-санитарной помощи, выступающая в качестве опорной базы для целого ряда услуг общественного здравоохранения, является нормой для стран Европы с сильными системами общественного здравоохранения. Для такой системы необходимы кадры, ориентированные на реализацию мер профилактики заболеваний и укрепления здоровья и прошедшие соответствующую подготовку. В представленном в этом специальном выпуске целевом исследовании Фоменко и соавторов на примере Беларуси описывается развитие систем общественного здравоохранения и первичной медико-санитарной помощи, а также продолжающиеся усилия по укреплению их интеграции. В рамках анализа практического примера из Германии Rolke и соавторы описывают ориентированный на здоровье и социальную справедливость подход к предоставлению услуг новоприбывшим беженцам. В своей статье, посвященной реформам, проводимым на острове Крит (Греция), Lionis и соавторы также уделяют главное внимание итоговым показателям здоровья населения.

2. ПРИНЯТЬ МОДЕЛЬ СОЦИАЛЬНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПОМОЩИ В ЦЕЛЯХ ИНТЕГРАЦИИ С СИСТЕМОЙ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ

Многие люди, нуждающиеся в социальном обслуживании, также испытывают значительную потребность в получении первичной медико-санитарной помощи, при этом весьма часто они сталкиваются с барьерами для доступа к качественным медицинским услугам, учитывающим имеющиеся у них потребности. Это зачастую происходит с людьми, которые проживают в домах престарелых или стационарных учреждениях для лиц с психическими расстройствами. В результате этого люди получают неадекватное лечение, а система упускает возможность предотвратить возникновение случаев острых заболеваний, требующих оказания неотложной помощи, либо замедлить или обратить вспять развитие хронических проблем со здоровьем и снижение функциональных способностей.

Первичная медико-санитарная помощь играет важнейшую роль в установлении связи между здравоохранением и социальным обслуживанием. Помимо потребностей, связанных с лечением острых или хронических заболеваний, у многих людей также имеются неудовлетворенные потребности в социальной помощи. Специалисты первичного звена здравоохранения принимают пациентов на регулярной основе и при наличии соответствующей подготовки и достаточного уровня взаимодействия

с работниками и учреждениями социального обслуживания обладают всеми возможностями для выявления имеющихся у пациентов потребностей в социальном обслуживании и предоставления им информации о том, где они могут получить такого рода услуги. Первичная медико-санитарная помощь также имеет ключевое значение для разработки индивидуальных маршрутов пациентов, нуждающихся в получении преемственных медицинских и социальных услуг, включая комплексные подходы к реабилитации.

Социально-ориентированная первичная медико-санитарная помощь обеспечивает эти необходимые связи. Она содействует созданию сетей, способных объединять поставщиков услуг на основе партнерских отношений, которые начинают работать при наличии механизмов совместной подотчетности и растущего числа примеров координации медицинских и социальных услуг на практике. Это имеет решающее значение в контексте оказания услуг стареющему населению и требует тесной координации на уровне местных органов власти (5).

В странах Европейского региона прогресс в практическом внедрении этого новаторского подхода по-прежнему носит неоднородный характер. В этом специальном выпуске Keskimäki и соавторы описывают общесистемную реформу, проводимую в Финляндии в целях интеграции медицинских и социальных услуг. Ilinsa и соавторы приводят аргументы в пользу введения новых профессиональных ролей с целью содействия межсекторальной координации. Помимо этого, в ходе дискуссии с Межрегиональной целевой рабочей группой ВОЗ по роли больниц было сформулировано видение будущей роли больниц в рамках системы социально-ориентированной первичной медико-санитарной помощи.

3. РАСШИРЯТЬ ПРАВА И ВОЗМОЖНОСТИ МЕСТНОГО НАСЕЛЕНИЯ И ПРИВЛЕКАТЬ ПАЦИЕНТОВ К ФОРМУЛИРОВАНИЮ ПРОБЛЕМ, ПРИНЯТИЮ СООТВЕТСТВУЮЩИХ РЕШЕНИЙ И МЕР

Доступ к услугам здравоохранения является одним из основных прав человека (6). Каждый человек должен иметь право на наивысший достижимый уровень здоровья, способствующий достойной жизни. Обеспечение справедливого доступа к качественному медицинскому и социальному обслуживанию, ориентированному на человека, означает своевременное предоставление услуг всем нуждающимся в них пациентам, а не только тем, кто

способен за них платить, независимо от пола, возраста, статуса занятости, наличия гражданства или вида на жительство либо уровня грамотности в вопросах здоровья. К сожалению, этот принцип не всегда соблюдается.

Для достижения этой цели основополагающее значение имеют межсекторальное сотрудничество и действия в интересах здоровья. Это означает признание того факта, что первичная медико-санитарная помощь является делом каждого. Это предполагает отведение уникальной роли каждому участнику – от пациентов и их семей до лиц, осуществляющих уход за ними, и широкой общественности. Наличие политической воли имеет ключевое значение для обеспечения уважения прав всех пациентов, борьбы с сохраняющимися неравенствами, создания условий для вовлечения в работу местных сообществ и признания первостепенного значения вопросов здоровья во всех стратегиях на национальном и европейском уровнях.

Работа с общественностью стала важной стратегией в Европейском регионе. Это в первую очередь коснулось системы первичной медико-санитарной помощи. Так, организации гражданского общества оказывают услуги, которые государство, коммерческие структуры или родственники не могли бы предоставлять без их поддержки, – от услуг хорошо организованных центров здоровья до услуг на выезде, оказываемых представителям уязвимых групп населения, и организации социальных кампаний (7). Непосредственное вовлечение в работу пациентов продемонстрировало свою важность. Этот подход помогает пациентам заботиться о своем здоровье и развивать необходимые для этого навыки, а также повышает их уверенность в своей способности контролировать имеющиеся у них заболевания. Он также способствует совместному принятию решений. Лица, которые оказывают неоплачиваемую поддержку своим родным и близким, также являются важным ресурсом для расширения охвата пациентов необходимыми им услугами (8).

Общественное мнение оказывает все большее влияние на политиков, так как люди выражают свои взгляды не только на избирательных участках каждые несколько лет, но и на оперативной и регулярной основе в социальных сетях и в других средствах массовой информации. Тем не менее очевидно, что у сообщества здравоохранения имеется значительный нереализованный потенциал в области использования своих коллективных возможностей с целью разработки услуг здравоохранения. Система здравоохранения может принять конкретные меры, чтобы стимулировать данный процесс. В ходе интервью

с главной медицинской сестрой Ириной Калининой из Москвы (Российская Федерация) был рассмотрен опыт работы Департамента здравоохранения города Москвы по получению обратной связи от общественности и постановке приоритетных задач для городской сети поликлиник. В интервью с М. Langins особо подчеркивается роль профессиональных ассоциаций в подготовке реформ первичной медико-санитарной помощи.

4. СЕТЕВЫЕ ОБЪЕДИНЕНИЯ ПОСТАВЩИКОВ УСЛУГ ОБЕСПЕЧИВАЮТ ОПЕРАТИВНОЕ ОКАЗАНИЕ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ ПОМОЩИ

Многопрофильные или междисциплинарные бригады первичной медико-санитарной помощи способны значительно повысить потенциал системы первичной медико-санитарной помощи в области удовлетворения имеющихся у населения потребностей в услугах здравоохранения. Такие бригады объединяют в своем составе различных практикующих специалистов либо налаживают сетевое взаимодействие с ними; в число таких специалистов входят семейные врачи или врачи общей практики, дипломированные медсестры, психологи, специалисты по укреплению здоровья, диетологи, клинические провизоры, консультанты по физической активности, общественные работники здравоохранения, а также персонал, ответственный за регистрацию и учет пациентов. Специалисты разных профилей не просто работают в одном помещении, но и взаимодействуют друг с другом с целью предоставления комплекса преемственных услуг по охране здоровья и поддержанию хорошей физической формы, в том числе услуг экспресс-диагностики; при этом они занимаются оптимизацией переходных этапов оказания помощи (между медицинскими и социальными службами) и обеспечивают доступ к услугам в нерабочее время (9).

Практика обслуживания пациента одним специалистом или тандемом врача и медсестры может стать барьером при ведении сложных больных и пациентов с множественной патологией. Практикующие специалисты узкого профиля часто ограничены во времени и не имеют соответствующих компетенций для проведения качественной просветительской работы с пациентами или содействия тому, чтобы пациенты заботились о своем здоровье. Поскольку у пациентов, обращающихся за помощью, все чаще обнаруживается наличие нескольких первичных и вторичных факторов риска, а зачастую и многочисленных психологических и социальных

потребностей, существует потребность в использовании различных моделей взаимодействия между специалистами разного профиля.

Формирование многопрофильных бригад требует адекватной нормативной поддержки. Изменение соответствующих норм договорного права и включение в текст трудовых соглашений четких положений о качестве и социальной справедливости, а также проведение реформы образования, призванной решить проблему нехватки у специалистов определенных компетенций, являются одними из ключевых факторов успеха в странах Европы, обладающих опытом формирования многопрофильных бригад (9). Условия, способствующие функционированию многопрофильных бригад, описаны исследователями Rojatz, Nowak и Rainer на примере Австрии и исследователями Susič, Švab и Klemenc-Ketiš на примере Словении, поскольку обе эти страны работают над внедрением многопрофильных бригад в систему первичной медико-санитарной помощи.

5. ВКЛАДЫВАТЬ СРЕДСТВА В РАЗВИТИЕ КОМПЕТЕНЦИЙ СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ, ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ И МЕДСЕСТЕР, ЧТОБЫ ПОВЫСИТЬ ПОТЕНЦИАЛ РЕАГИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Компетентные кадры являются движущей силой эффективной системы первичной медико-санитарной помощи (10). Находясь на переднем крае медицинского обслуживания, работники первичного звена хорошо осведомлены о имеющихся у населения потребностях в услугах здравоохранения и реальных проблемах, стоящих перед системами здравоохранения. Способность медицинских работников первичного звена здравоохранения распознать эти потребности и на практике применить недавно усвоенные ими знания и навыки является основой их эффективной деятельности, мерой их компетентности и в конечном итоге ключевым фактором, определяющим способность самой системы первичной медико-санитарной помощи к оперативному реагированию (11, 12).

Несмотря на наличие политических стратегий, направленных на развитие кадровых ресурсов системы первичной медико-санитарной помощи, остается ряд нерешенных проблем, в частности: укоренившиеся взгляды преподавателей медицинских вузов, где обучение носит

монодисциплинарный характер и сосредоточено на вторичной и третичной медицинской помощи; отсутствие стандартизированного качества образования и нормативного регулирования в сфере первичной медико-санитарной помощи; недостаточные меры по закреплению семейных врачей; повышенная мобильность трудовых ресурсов здравоохранения.

Исследования все чаще свидетельствуют о том, что развитие компетентности кадров здравоохранения является результатом цикла инвестиций (10, 12). Этот цикл охватывает разные этапы – от первоначального освоения знаний и навыков до их практического применения, многократного анализа и представления обратной связи с целью постоянного поддержания уровня знаний и навыков, вынесения уроков из практического опыта и дальнейшего совершенствования (10).

Важнейшую роль в этом процессе играют заведения, которые проводят начальную подготовку кадров. Включение заведений, занимающихся подготовкой и повышением квалификации кадров, в состав университетов или других академических учреждений доказало свою важность с точки зрения обеспечения определенного академического уровня преподавателей и научного качества учебных программ. Качественная подготовка семейных врачей, врачей общей практики и медсестер на додипломном уровне и ранняя клиническая практика также играют важную роль в развитии у студентов интереса к выбору профессии врача или медсестры в системе первичной медико-санитарной помощи. В этом специальном выпуске Prytherch и соавторы подробно рассказывают о мерах по укреплению системы начальной подготовки и профессионального развития медицинских работников первичного звена здравоохранения на примере Таджикистана. Практика привлечения профессиональных ассоциаций к работе над формированием кадровой базы, отвечающей стоящим перед ней задачам, обсуждалась в интервью с M. Langins. В конечном счете необходимо внести радикальные изменения в учебные программы, чтобы переориентировать систему начальной подготовки кадров с преподавания навыков лечения экзотических болезней на формирование у студентов профилактического мышления и на привлечение их внимания в процессе подготовки к таким значимым факторам, как психическое здоровье, питание и алкоголь.

6. СОЗДАВАТЬ ЦИКЛЫ НЕПРЕРЫВНОГО УСВОЕНИЯ ОПЫТА [LEARNING LOOPS] С ЦЕЛЬЮ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА НА УРОВНЕ ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Качество является основным принципом оказания услуг. Обеспечение качества помощи обеспечивает доверие общественности, позволяет предотвращать непреднамеренные недоработки в лечении, сокращает расходы и позволяет избежать предотвратимой заболеваемости и смертности, а также улучшить показатели здоровья.

Наше понимание того, что такое качество медицинской помощи и как его можно совершенствовать для оптимизации затрат, гарантии соблюдения процессов и, в свою очередь, улучшения результатов, сложилось со временем. Однако на практике качество медицинской помощи по-прежнему в основном ориентировано на обеспечение качественных исходных ресурсов, в частности на увеличение числа подготовленных медицинских работников. Использование качественных механизмов для оптимизации процессов (например, инвестирование в группы проверки и улучшения качества на клиническом уровне), для улучшения промежуточных результатов работы (например, создание систем для сбора жалоб пациентов) и для влияния на конечные результаты (например, учет клиентского опыта на основании сообщения пациентов и опросы о результатах лечения) варьируется в разных странах, так как все страны находятся на различных этапах развития системного мышления в подходе к качеству обслуживания.

Активизация регулярного использования механизмов повышения качества в клинической практике является ключевым компонентом в этом континууме. С этой целью Европейский центр ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи продолжает изучать широкий спектр механизмов обеспечения качества и систематизировать базу фактических данных для их использования (13). Активизация системы клинического управления потребует создания культуры качества, поддерживаемой необходимыми условиями, включая гарантии того, что практикующие специалисты смогут выделять время на работу по улучшению качества с помощью циклов обратной связи, а также обеспечение наличия у них дополнительных навыков и компетенций, таких как знание новых методов общения между врачами и пациентами. Эти навыки и способы их развития изучаются в контексте Казахстана в исследовании, проведенном Craig и Kapysheva.

7. ОБЕСПЕЧИТЬ ОТВЕТСТВЕННОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Проблемы, связанные с нецелевым использованием лекарственных средств, и его последствия убедительно подтверждены документальными доказательствами (14), при этом вопросом, которому уделяется особое внимание, является ответственное использование антибиотиков (15). Доступ антибиотикам – это краеугольный камень современной медицины, однако многим странам сложно найти баланс между доступом к антибиотикам и их надлежащим применением во избежание быстрого возникновения и распространения устойчивости к противомикробным препаратам (УПП).

Наибольшая часть потребления противомикробных препаратов приходится на амбулаторные учреждения, что ставит первичную медико-санитарную помощь в центр усилий по расширению ответственного использования антибиотиков. В Европейском регионе имеются примеры неправильного использования, включая назначение антибиотиков при состояниях, не вызванных бактериальной инфекцией, продажу без рецепта, а также недостаточное и избыточное дозирование (16). Из-за устойчивости к противомикробным препаратам эффективность широко используемых противомикробных препаратов в настоящее время находится под угрозой со стороны нескольких патогенов.

Обеспечение надлежащими лекарственными средствами нуждающихся в них пациентов требует эффективной политики в области лекарственных средств, регулирования фармацевтического сектора, осведомленности о пользе и последствиях приема лекарственных препаратов, а также вовлечения всех субъектов в ответственное использование лекарственных средств. Практикующие врачи первичной медико-санитарной помощи и фармацевты, совместно с гражданами и пациентами, могут помочь переломить ситуацию, назначая и распределяя антибиотики только в случае необходимости в соответствии с действующими руководящими принципами. В этом специальном выпуске важность эффективной коммуникации и профессиональных компетенций для поддержки пациентов в управлении их собственным лечением и их потребностями в области здравоохранения является важнейшим выводом статьи Craig и Kapysheva.

Кроме того, просвещение родителей, комбинированное обучение пациентов и медицинских работников, практика, когда назначение антибиотиков откладывается,

и электронные системы поддержки принятия решений – все это входит в число мероприятий, которые могут усовершенствовать методы и сократить уровни назначения антибиотиков (17). Что касается первичной медико-санитарной помощи, то скоординированная ориентация на потребителей, медсестер, фармацевтов и лиц, назначающих антибиотики, посредством просвещения и повышения осведомленности о рисках, связанных с чрезмерным использованием антибиотиков, вполне может способствовать поведенческим изменениям, необходимым для обуздания угрозы для здоровья, связанной с устойчивостью к противомикробным препаратам. Применение предложенной ВОЗ классификации антибиотиков на три группы: «ДОСТУП», «НАБЛЮДЕНИЕ», «РЕЗЕРВ» (AWaRe) – может также способствовать оптимальному использованию антибиотиков.

8. ОПТИМИЗИРОВАТЬ УСЛУГИ ЗА СЧЕТ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ПРЕОБРАЗОВАНИЙ С ОПОРОЙ НА ФАКТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ

Разработка и использование информации здравоохранения в рамках первичной медико-санитарной помощи является основой для эффективной работы системы первичной помощи. Эксперты предположили, что прогресс в области первичной медико-санитарной помощи, достигнутый во многих системах за последние десятилетия, мог замедлиться отчасти из-за недостаточных глобальных инвестиций в количественные показатели и измерения, специфические именно для первичной медико-санитарной помощи (4). Исследования в области предоставления услуг также подвергались критике за медленный переход от традиционных методов, таких как контролируемые эксперименты, к неэкспериментальным, смешанным методам и подходам, основанным на процессах (18).

Проведение преобразований с использованием информации здравоохранения и ее применение для стимулирования инноваций и повышения качества никогда не были более доступными. Например, расширились знания о том, как максимально эффективно использовать информацию здравоохранения, включая наше понимание того, что показатели должны основываться на фактических данных, взятых из различных источников, включая профессиональные, контекстуальные и политические. Показатели также должны быть адаптируемыми с учетом динамичной ситуации в стране, регионе или местном сообществе. При выборе показателей следует руководствоваться способностью регулярно собирать информацию либо из административных источников, либо из специально разработанных опросных исследований, а также

достоверностью и надежностью исходной информации. Показатели также будут иметь большее значение, если отчетность по ним будет проводиться регулярно в течение достаточно продолжительного времени для того, чтобы можно было определить тенденции.

В быстро меняющейся среде предоставления услуг своевременное использование данных необходимо для сохранения их действенности и стимулирования обучения. Это позволяет пользователям быстро принимать решения, например для исправления низкой производительности и улучшения качества. Этот цикл непрерывного обучения и совершенствования требует формализации. Это будет способствовать распределению ролей и обязанностей, предоставлению необходимых инструментов и ресурсов, определению хороших исполнителей и поддержке исполнителей с низкими показателями для улучшения показателей их деятельности. Необходимо также уделять гораздо больше внимания тому, каким образом данные передаются разработчикам политики. Это включает в себя уделение большего внимания выявлению и информированию об экономических выгодах улучшения конечных результатов, не являющихся специфическими для сектора здравоохранения, в тех случаях, когда сектор здравоохранения стремится оказывать влияние или работать с другими секторами.

Последние и многообещающие тенденции в исследованиях в области оказания услуг включают: более легкодоступные данные о первичной медико-санитарной помощи; более широкое использование новых мер, таких как показатели клиентского опыта пациентов (19); а также адаптированные для европейского контекста инструменты, использующие системный подход (20). Вопросник COORDENA, представленный в этом специальном выпуске Vázquez и коллегами, является одним из возможных инструментов для получения значимых данных о координации на всех уровнях предоставления помощи.

9. МОДЕРНИЗИРОВАТЬ УЧРЕЖДЕНИЯ С ЦЕЛЬЮ ОПТИМАЛЬНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭЛЕКТРОННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В СИСТЕМЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Электронное здравоохранение играет важную роль в содействии обеспечению всеобщего охвата услугами здравоохранения. Широко признано, что электронные информационные системы и инновационные технологии могут способствовать расширению масштаба услуг

и охвата услугами для ранее труднодоступных групп населения, повышению качества благодаря предоставлению доступной информации, облегчению координации между поставщиками, обеспечению большей персонализации услуг и достижению новых уровней экономической эффективности при оказании услуг (21). В этом специальном выпуске Rolke и соавторы иллюстрируют аспекты расширения доступа к услугам в примере из практики, посвященном использованию электронного здравоохранения в Германии для предоставления услуг вновь прибывшим беженцам.

Однако использование преимуществ электронного здравоохранения в качестве национального стратегического актива означает гораздо больше, чем просто приобретение технологии. В случае первичной медико-санитарной помощи, где ее взаимосвязанность с другими службами является ключом к ее функциональности, необходимо обеспечивать согласованность между учреждениями предоставления медицинской помощи, поставщиками и уровнями управления системы здравоохранения.

Опыт первопроходцев в области электронного здравоохранения и новых технологий выявил элементы, которые очень важны для успешных инвестиций в электронное здравоохранение: от четких организационных механизмов, структур, ролей, стандартов и законодательства до развития у сотрудников необходимых навыков управления культурными изменениями, которые необходимы тем, кто будет использовать услуги электронного здравоохранения. Любой из этих элементов может свести на нет все усилия по внедрению инициативы, если будет упущен из внимания (21).

10. ПРИВЕСТИ МЕХАНИЗМЫ ПОДОТЧЕТНОСТИ И СТИМУЛЫ В СООТВЕТСТВИЕ С НОВЫМИ МОДЕЛЯМИ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ

Финансовые стимулы играют важную роль в формировании организационных структур и взаимодействии в рамках систем здравоохранения. Многие европейские системы здравоохранения используют устаревшие бюджеты для финансирования услуг общественного здравоохранения, подушную оплату в рамках первичной медико-санитарной помощи, гонорарный способ оплаты амбулаторной помощи и оплату больничного ухода на основе конкретных случаев. Хотя есть логика в использовании каждого из этих платежных механизмов, при просмотре их в совокупности понятно, что они недооценивают такие аспекты, как укрепление здоровья, профилактика, раннее

выявление и управление состоянием, не предоставляют стимулов для расширения задач, которые охватывает первичная медико-санитарная помощь, укрепляют эпизодическую ориентацию услуг, активизируют мышление, направленное на фрагментарное, а не комплексное лечение, которое бы ставило в центр конкретного человека, и не поощряют согласованность и работу в команде. Это особенно проблематично в эпоху полиморбидности.

Признав эту проблему, многие страны стали использовать дополнительные подходы для смягчения негативных последствий базовых механизмов платежей. Среди таких подходов: оплата за взаимодействие, оплата по результатам деятельности или комплексные платежи. При правильном планировании и регулировании стимулы, используемые в качестве рычагов политики для укрепления модели лечения, скорее всего, будут способствовать улучшению стандартного взаимодействия при оказании услуг. Тем не менее они по-прежнему играют лишь очень второстепенную роль. Для радикального изменения способа предоставления услуг недостаточно поэтапных подходов.

В настоящее время проводятся более масштабные эксперименты, например в Венгрии и Германии, направленные на оплату всего объема услуг путем полной подушной оплаты, производимой в сети поставщиков, охватывающих различные уровни обслуживания. Эти эксперименты указывают на важнейшую роль подхода, направленного на управление здоровьем населения, а также посредников между закупочными агентствами и поставщиками услуг для анализа взаимодействия систем здравоохранения, управления потоками пациентов и обеспечения самоконтроля поставщиков услуг. Перспектива общей экономии может привести к реорганизации системы и изменению маршрутов предоставления помощи на основе модели «снизу вверх», в рамках которой качество рассматривается как важнейший приоритет, а работа ведется в интересах достижения желаемых результатов в отношении здоровья. Эти подходы также укрепляют роль практикующих врачей и расширяют возможности руководителей. Сочетание финансовых и нефинансовых стимулов может создать стимулы и инструменты для совместной работы.

Однако прогресс в этом направлении слишком слаб. Амбициозная программа трансформации первичной медико-санитарной помощи требует столь же амбициозной программы изменений в области финансирования здравоохранения, стратегических закупок и механизмов оплаты услуг поставщиков. В исследовании Rojatz

и коллег описываются возможности интеграции услуг по укреплению здоровья в учреждения и отделения первичной медико-санитарной помощи в Австрии с учетом необходимых поддерживающих финансовых изменений.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ СТИМУЛИРУЮЩИХ МЕР ПОЛИТИКИ

На протяжении последних четырех десятилетий все без исключения страны Европейского региона работали над продвижением принципов первичной медико-санитарной помощи. Об этом свидетельствуют фактические данные и практические знания, представленные в этом специальном выпуске «Панорамы». Тем не менее в период беспрецедентных изменений и с учетом глобальных задач, которые должны быть выполнены к 2030 г., нам необходимо в срочном порядке сосредоточить свое внимание на первичной медико-санитарной помощи, чтобы добиться расширения охвата населения качественными услугами. Стимулирующие меры политики, рассматриваемые нами в этом выпуске, не являются исчерпывающими, но при этом они позволяют нам совершить необходимый шаг вперед и сосредоточиться на осуществлении деятельности. Они призывают нынешних руководителей добиваться прогресса ускоренными темпами и уделять приоритетное внимание мероприятиям, доказавшим свою эффективность в плане преобразования систем первичной медико-санитарной помощи, чтобы, в соответствии с одним из наших принципов, оперативно изменить ситуацию к лучшему.

ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

Европейский центр ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи в качестве партнера по подготовке данного специального выпуска журнала «Панорама общественного здравоохранения», посвященного первичной медико-санитарной помощи, выражает признательность следующим лицам (в алфавитном порядке) за уделенное время и представленные экспертные мнения в ходе подготовки данной статьи: Natasha Azzopardi-Muscat, председатель Европейской ассоциации общественного здравоохранения; Hanne Bak Pedersen, руководитель программы «Технологии здравоохранения и лекарственные

средства», Европейское региональное бюро ВОЗ; Erica Barbazza, соискатель ученой степени PhD и научный сотрудник по программе HealthPros, Университетский медицинский центр Амстердама, Амстердамский университет, Сотрудничающий центр ВОЗ по системам первичной медико-санитарной помощи, Амстердамский институт исследований в области общественного здравоохранения; Елжан Биртанов, министр здравоохранения Казахстана; Manfred Huber, координатор по вопросам здорового старения, инвалидности и длительного ухода, Европейское региональное бюро ВОЗ; Kaisa Immonen, директор по вопросам политики, Европейский форум пациентов; Melitta Jakab, старший специалист по экономике здравоохранения, Барселонский офис ВОЗ по укреплению систем здравоохранения, Европейское региональное бюро ВОЗ; Hans Kluge, директор, Отдел систем здравоохранения и охраны общественного здоровья, Европейское региональное бюро ВОЗ; Dionne Kringos, адъюнкт-профессор, Университетский медицинский центр Амстердама, Амстердамский университет, заместитель директора Амстердамского института исследований в области общественного здравоохранения, руководитель Сотрудничающего центра ВОЗ по системам первичной медико-санитарной помощи; Salman Rawaf, профессор, Школа общественного здравоохранения, Имперский колледж Лондона, директор, Сотрудничающий центр ВОЗ по вопросам образования и подготовки кадров в сфере общественного здравоохранения; Anna Stavdal, президент, организация WONCA Europe; и Juan Tello, руководитель, Европейский центр ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи, Европейское региональное бюро ВОЗ. N Azzopardi-Muscat, E. Биртанов, D Kringos, S Rawaf и A Stavdal также являются членами консультативной группы по вопросам первичной медико-санитарной помощи при директоре Европейского регионального бюро ВОЗ.

НАД СТАТЬЕЙ РАБОТАЛИ:

(1) Концепция и структура: J Tello, E Barbazza; (2) написание статьи (в порядке перечисления мер политики): (1) N Azzopardi-Muscat, S Rawaf; (2) M Huber; (3) K Immonen; (4) J Tello, E Barbazza; (5) A Stavdal; (6) J Tello, E Barbazza; (7) H Bak Pedersen; (8) D Kringos; (9) J Tello, E Barbazza; (10) M Jakab; (3) редактирование: J Tello, E Barbazza; (4) рецензирование: все.

БИБЛИОГРАФИЯ¹

1. The Astana Declaration: the future of primary health care? *Lancet*. 2018;392:1369.
2. Primary health care and #HealthForAll [веб-сайт]. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://www.facebook.com/WHO/videos/1816813185030723/>).
3. Almaty scientific conference explores the crossroads of policy, research, education and practice in primary health care [веб-сайт]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 (<http://www.euro.who.int/en/countries/kazakhstan/news/news/2018/11/almaty-scientific-conference-explores-the-crossroads-of-policy-research-education-and-practice-in-primary-health-care>).
4. Доклад по результатам первого совещания Консультативной группы по первичной медико-санитарной помощи. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/370655/phcag-report-2017-rus.pdf?ua=1).
5. Age-friendly environments in Europe. A handbook of domains for policy action. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/publications/2017/age-friendly-environments-in-europe-a-handbook-of-domains-for-policy-action-2017>).
6. Всеобщая декларация прав человека. Париж: Организация Объединенных Наций; 1948 (http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/declhr).
7. Greer S, Wismar M, Pastorino G, Kosinska M, editors. Civil society and health: contributions and potential. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017.
8. Ferrer L. Engaging patients, carers and communities for the provision of coordinated/integrated health services: strategies and tools. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015.
9. Jakab M, Farrington J, Borgermans L, Mantingh F. Health systems respond to noncommunicable diseases: time for ambition. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/380997/hss-ncd-book-eng.pdf?ua=1).
10. Barbazza E, Langins M, Kluge H, Tello J. Health workforce governance: process, tools and actors towards a competent workforce for integrated health services delivery. *Health Policy*. 2015;119:1645–54.

¹ Все ссылки приводятся по состоянию на 12 декабря 2018 г.

11. Укрепление систем здравоохранения, ориентированных на нужды людей, в Европейском регионе ВОЗ: рамочная основа для действий по организации интегрированного предоставления услуг здравоохранения. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/315922/66wd15r_FFA_IHSD_160535.pdf?ua=1).
12. Langins M, Borgermans L. Strengthening a competent health workforce for the provision of coordinated/integrated health services. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015.
13. Европейский центр ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи: ежегодный отчет о проводимой работе, 2017 г. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2018 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/373028/gdo-report-2018-rus.pdf?ua=1).
14. Ofori-Asenso R, Agyeman AA. Irrational use of medicines – a summary of key concepts. Pharmacy (Basel, Switzerland). 2016;4:35.
15. Drug-resistant infections, A threat to our economic future. Washington (DC): World Bank; 2017 (<http://documents.worldbank.org/curated/en/323311493396993758/pdf/114679-REVISED-v2-Drug-Resistant-Infections-Final-Report.pdf>).
16. Llor C, Bjerrum L. Antimicrobial resistance: risk associated with antibiotic overuse and initiatives to reduce the problem. Ther Adv Drug Saf. 2014;5:229–41.
17. McDonagh M, Peterson K, Winthrop K, Cantor A, Lazur B, Buckley D. Interventions to reduce inappropriate prescribing of antibiotics for acute respiratory tract infections: summary and update of a systematic review. J Int Med Res. 2018;46:3337–57.
18. Greenhalgh T, Papoutsi C. Studying complexity in health services research: desperately seeking an overdue paradigm shift. BMC Medicine. 2018;16:95.
19. Исследование доступности национальных данных о предоставлении услуг здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ: результаты сканирования. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2018 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/378405/hsd-scan-survey-rus.pdf?ua=1).
20. Дорожная карта мониторинга предоставления услуг здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/360617/Roadmap_ru.pdf?ua=1).
21. От инноваций к внедрению: электронное здравоохранение в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 ■