



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Доклад по результатам первого совещания Консультативной группы по первичной медико-санитарной помощи



20-21 июня 2017 г.
Алматы, Казахстан





Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Доклад по результатам первого совещания Консультативной группы по первичной медико-санитарной помощи

Европейский центр ВОЗ
по первичной медико-санитарной
помощи

Отдел систем здравоохранения
и охраны общественного здоровья

20-21 июня 2017
Алматы, Казахстан

Резюме

20–21 июня 2017 года в Европейском центре ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи в Алматы, Казахстан, состоялось первое совещание Консультативной группы по первичной медико-санитарной помощи. В совещании приняли участие назначенные члены Консультативной группы по первичной медико-санитарной помощи, временные консультанты и приглашенные специалисты. Участники обсудили два важнейших вопроса: как должна выглядеть первичная медико-санитарная помощь в 2030 году и что нужно делать системам здравоохранения, чтобы реализовать это видение. Дискуссии прошли в соответствии с рекомендациями Европейской рамочной основы для действий по организации интегрированного предоставления услуг здравоохранения, в которой анализируются изменения в потребности в услугах первичной медико-санитарной помощи при острых и хронических состояниях, а также приоритетные направления работы по преобразованию услуг на практике: первичная и стационарная медико-санитарная помощь, долгосрочная помощь и система общественного здравоохранения. Члены Консультативной группы по первичной медико-санитарной помощи и модераторы выступили с презентациями в рамках сессий. В настоящем докладе представлен обзор заседаний и обсуждений. Темы совещания обобщены в итоговом заявлении, которое также содержит рекомендации по обновлению концепции первичной медико-санитарной помощи в Европейском регионе ВОЗ и будет использоваться для подготовки программы международной конференции по случаю 40-й годовщины Алма-Атинской декларации, которая пройдет в 2018 году.

Ключевые слова

PRIMARY HEALTH CARE
DELIVERY OF HEALTH CARE, INTEGRATED
HEALTH SERVICES
DISEASE MANAGEMENT
EUROPE

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

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

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

© Всемирная организация здравоохранения, 2017 г.

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

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

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

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

Фотография на обложке: Максим Золотухин

Содержание

Сокращения	vi
Список рисунков, таблиц и вставок	vii
Благодарственное слово	viii
О Консультативной группе по вопросам первичной медико-санитарной помощи	1
Введение	1
История создания Консультативной группы по вопросам первичной медико-санитарной помощи	2
Цели	3
Структура доклада	3
Участники	3
Начало работы Консультативной группы по вопросам первичной медико-санитарной помощи	4
Реагирование на потребности	5
Первичная медико-санитарная помощь будущего в Европейском регионе	5
Современная повестка первичной медико-санитарной помощи: взгляд из Казахстана	9
Глобальное видение системы первичной медико-санитарной помощи	10
Замечания о реализации реформ первичной медико-санитарной помощи на практике	11
Неотложная помощь в учреждениях первичной медико-санитарной помощи	14
Лечение хронических заболеваний в учреждениях первичной медико-санитарной помощи	17
Перспективы для предоставления интегрированных медицинских услуг	23
Введение	23
Интеграция первичной медико-санитарной помощи и стационаров	23
Интеграция первичной медико-санитарной помощи и сектора социального обеспечения	26
Интеграция первичной медико-санитарной помощи и служб общественного здравоохранения	31
Тематическая сессия: кадровые ресурсы первичной медико-санитарной помощи	34
Тематическая сессия: инициативы по повышению эффективности работы первичной медико-санитарной помощи	36
Итоговое заявление	41
1. Будущее первичной медико-санитарной помощи связано с реализацией подхода, основанного на охране здоровья населения	42
2. Первичная медико-санитарная помощь играет решающую роль в укреплении подотчетности	42
3. Первичная медико-санитарная помощь является частью системы интегрированного предоставления услуг здравоохранения	43
4. Необходимы постепенные, но кардинальные изменения в предоставлении услуг	44
5. Для реализации устойчивых преобразований необходимы политическая дальновидность и готовность развивать потенциал первичной медико-санитарной помощи и повышать ее эффективность	45
Приложение 1. Список участников	47
Приложение 2. Программа	51

Сокращения

PHAMEU	Мониторинг первичной медико-санитарной помощи в Европе
PHC-РАСТ	Инструмент оценки эффективности и потенциала первичной медико-санитарной помощи
WONCA	Всемирная организация семейных врачей
ОЭСР	Организация экономического сотрудничества и развития
ИЭПМСП	Инициатива по оценке эффективности первичной медико-санитарной помощи
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
ТБ	Туберкулез

Список рисунков, таблиц и вставок

Рисунки

Рис. 1	Новые вызовы и возможности в новом контексте первичной медико-санитарной помощи	15
Рис. 2	Ожидаемые новые потребности в области здравоохранения в Европейском регионе	16
Рис. 3	Изменение контекста предоставления медицинских услуг к 2030 году	17
Рис. 4	Модель организации оказания незапланированной неотложной медпомощи	24
Рис. 5	Рост уровня ожирения в Европейском регионе ВОЗ	28
Рис. 6	Структура, визуализирующая интегрированную медицинскую помощь, ориентированную на пациента с сопутствующими заболеваниями	29
Рис. 7	Роль долгосрочной медпомощи в точке сопряжения между медицинской помощью и социальной помощью	36
Рис. 8	Дерево WONCA: основные компетенции семейной медицины	47
Рис. 9	Структура Инструмента оценки эффективности и потенциала первичной медико-санитарной помощи	48
Рис. 10	Подход к Инициативе по эффективной первичной медико-санитарной помощи	49

Таблицы

Таблица 1	Барьеры/Препятствия для внедрения доказательной практики	28
Таблица 2	Этапы интеграции здравоохранения и социального обеспечения для оказания долгосрочной помощи	40

Вставки

Вставка 1	Информация о Европейском центре ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи	10
Вставка 2	Видение первичной медико-санитарной помощи, отраженное в Алма-Атинской декларации	14
Вставка 3	Диабет: краткая справка	28
Вставка 4	Два примера передовой практики интеграции первичной медико-санитарной помощи и долгосрочной помощи	37
Вставка 5	Первичная медико-санитарная помощь и службы общественного здравоохранения: пример центров здорового образа жизни в Англии	42
Вставка 6	Первичная медико-санитарная помощь на практике: общественные центры здравоохранения в Бельгии	44

Благодарственное слово

Совешание было организовано Европейским центром ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи, Секретариатом Консультативной группы по первичной медикотдела систем здравоохранения и охраны общественного здоровья под руководством Hans Kluge в Европейском региональном бюро ВОЗ.

Технической организацией мероприятия руководил Juan Tello при участии Erica Barbazza и других сотрудников и консультантов Европейского регионального бюро ВОЗ, включая Sampreethi Aipanjiguly, Arnoldas Jurgitus, Ioana Kruse, Margrieta Langins, Алтынай Сатылганову и Евгения Железнякова.

Секретариат отмечает значительный вклад председателя совещания Anna Stavdal (Всемирная организация семейных врачей Европы) и технический вклад фасилитаторов и модераторов сессий: Jan De Maeseneer (Европейский форум первичной медико-санитарной помощи), Nigel Edwards (Nuffeld Trust), Jill Farrington (Европейское региональное бюро ВОЗ), Ellen Kuhlmann (Goethe University Frankfurt), Kai Leichsenring (Европейский Центр по политике и исследованиям в области социального благосостояния) и Salman Rawaf (Сотрудничающий центр ВОЗ по образованию и обучению в области общественного здравоохранения, Лондонский Имперский колледж). Просим делать ссылки на авторов и первоисточники при цитировании или ссылке на материалы, представленные на совещании.

Логистику совещания координировали Рахат Байболотова и Connie Petersen при участии сотрудников Европейского регионального бюро ВОЗ Susan Ahrenst, Бакира Бекешева, Гаухар Берентаевой и Renata Brunner.

Данный доклад подготовлен основным докладчиком совещания и членом Консультативной группы по первичной медико-санитарной помощи Nick Goodwin (Международный фонд для оказания интегрированной медицинской помощи) под редакцией Erica Barbazza и Juan Tello (Европейское региональное бюро ВОЗ). Предварительная редакция доклада была направлена членам Консультативной группы по первичной медико-санитарной помощи для использования во время участия в заседаниях и согласования итогового заявления. Все фотографии сделаны Jerome Flayosc. Все авторские права на фотографии принадлежат ВОЗ. Редактор – David Breuer; дизайн и верстка – Jacob Heichelmann.



О Консультативной группе по первичной медико-санитарной помощи

Введение

Концепция первичной медико-санитарной помощи и ее фундаментальное значение для укрепления систем здравоохранения были впервые провозглашены в Алма-Атинской декларации, принятой на Международной конференции по первичной медико-санитарной помощи, состоявшейся 6–12 сентября 1978 года в Алма-Ате, Казахстан. В декларации была обозначена необходимость принятия неотложных мер по охране здоровья посредством первичной медико-санитарной помощи путем обеспечения всеобщего охвата населения услугами здравоохранения, организации справедливого доступа к медицинским услугам, использования соответствующих технологий, развития межотраслевого сотрудничества и участия населения.

В настоящее время все страны-члены Европейского региона ВОЗ выражают согласие с концепцией первичной медико-санитарной помощи и ее значения для системы здравоохранения. В 2012 году государства-члены Европейского региона признали одним из четырех приоритетных направлений Европейской политики улучшения здоровья и благополучия Здоровье-2020 (EUR/RC62/R4) укрепление систем здравоохранения, ориентированных на нужды людей, и обозначили в числе основных текущих задач необходимость преобразования модели оказания медицинских услуг. Подход с акцентом на первичную медико-санитарную помощь также лежит в основе глобального механизма ВОЗ по комплексному ориентированному на потребности людей медицинскому обслуживанию (WHA69.24) и Европейской рамочной основы ВОЗ для действий по организации интегрированного предоставления услуг здравоохранения, принятой в 2016 году (EUR/RC66/R5), которые определяют ключевые стратегии и задачи по преобразованию систем здравоохранения. В Целях устойчивого развития также подчеркивается значение здравоохранения и необходимость оказания высококачественных базовых медицинских услуг, которые должны быть безопасными и приемлемыми для всех людей и сообществ.

Эта общая потребность в скорейшем укреплении систем здравоохранения и, в первую очередь, преобразовании медицинских услуг привела к созданию Европейского центра ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи в Алматы, Казахстан. Задачей центра является выработка обоснованных доказательных рекомендаций по политике здравоохранения для государств-членов Европейского региона в целях дальнейшего развития первичной медико-санитарной помощи в соответствии с ценностями Алма-Атинской декларации.



История создания Консультативной группы по первичной медико- санитарной помощи

В 2016 году после утверждения Европейской рамочной основы для действий по организации интегрированного предоставления услуг здравоохранения директор Регионального бюро ВОЗ учредила Консультативную группу по первичной медико-санитарной помощи в целях дальнейшей реализации программы первичной медико-санитарной помощи. Консультативная группа по первичной медико-санитарной помощи планирует проводить ежегодные совещания, на которых известные эксперты в области первичной медико-санитарной помощи и других соответствующих областях, а также представители специальных целевых групп смогут проводить обсуждения и обмениваться техническими знаниями, опытом и прогнозами в целях разработки видения и рекомендаций в отношении будущего первичной медико-санитарной помощи. В частности, Консультативная группа по первичной медико-санитарной помощи будет изучать способы и механизмы эволюции первичной медико-санитарной помощи в контексте внедрения интегрированных медицинских услуг и систем здравоохранения, ориентированных на нужды людей, в Европейском регионе ВОЗ.

Основная цель Консультативной группы по первичной медико-санитарной помощи заключается в оказании поддержки государствам-членам Европейского региона в укреплении систем здравоохранения и в формировании видения, которое будет способствовать внедрению инноваций, преобразованиям и активному развитию первичной медико-санитарной помощи и позволит региону реализовывать свой огромный потенциал в области здравоохранения. Таким

Вставка 1

Информация о Европейском центре ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи

Европейский центр ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи является центром передового опыта в области первичной медико-санитарной помощи и медицинского обслуживания. Работа центра направлена на обеспечение готовности Европейского регионального бюро ВОЗ к тесному сотрудничеству с государствами-членами по преобразованию модели предоставления медицинских услуг. Центр является одним из двух специализированных центров Отдела систем здравоохранения и охраны общественного здоровья. Еще один центр, расположенный в Барселоне, Испания, занимается финансированием системы здравоохранения. Центр сотрудничает с другими техническими программами Регионального бюро ВОЗ и представительскими организациями в разных странах. Работа центра проводится в рамках Европейской рамочной основы для действий по организации интегрированного предоставления услуг здравоохранения, которая определяет конкретные направления его деятельности: индивидуальные услуги и услуги на уровне населения, процессы предоставления медицинских услуг, механизмы реализации систем здравоохранения и управление изменениями.

образом, ключевая функция Консультативной группы по первичной медико-санитарной помощи заключается в предоставлении консультаций для формирования обновленной концепции первичной медико-санитарной помощи в Европейском регионе ВОЗ и развития сотрудничества между всеми соответствующими секторами, партнерами и заинтересованными сторонами.

Члены Консультативной группы по первичной медико-санитарной помощи непосредственно способствуют продвижению темы первичной медико-санитарной помощи в качестве приоритета в международной политической повестке и текущих политических и стратегических документах, включая Здоровье-2020, Европейскую рамочную основу для действий по организации интегрированного предоставления услуг здравоохранения, Глобального механизма комплексного ориентированного на потребности людей медицинского обслуживания и обязательств по достижению Целей устойчивого развития.

Цели

Первое совещание Консультативной группы по первичной медико-санитарной помощи состоялось 20–21 июня 2017 года в офисах Европейского центра ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи в Алматы, Казахстан. Организаторы совещания обозначили перспективы развития первичной медико-санитарной помощи и призвали всех участников проанализировать будущие потребности в медицинских услугах и эволюцию систем здравоохранения, с тем чтобы составить представление о первичной медико-санитарной помощи будущего. Цель совещания заключалась в обеспечении понимания сути и определении направлений работы для обновления концепции первичной медико-санитарной помощи, которая будет соответствовать своему назначению, сохраняя при этом согласованность с глобальными и региональными обязательствами

В своей работе участники совещания руководствовались двумя ключевыми вопросами:

1. Как будет выглядеть первичная медико-санитарная помощь в 2030 году?
2. Что нужно делать системам здравоохранения, чтобы реализовать это видение?

Структура доклада

В данном докладе излагаются основные вопросы, выводы и рекомендации первого совещания Консультативной группы по первичной медико-санитарной помощи. Материалы и ход заседаний изложены согласно последовательности представленных презентаций и проведенных обсуждений. В начале доклада рассматривается вопрос о том, как изменился контекст первичной медико-санитарной помощи в связи со значительными изменениями в потребностях на уровне населения и индивидуальном уровне по всему Европейскому региону и соответствующим изменением спроса на медицинские услуги при острых и хронических состояниях. Приоритетные задачи формирования системы интегрированных медицинских услуг и реализации соответствующих преобразований на практике определяют готовность к ним системы первичной медико-санитарной помощи. Наконец, признавая, что организация такой системы потребует ресурсов, участники совещания предприняли попытку оценить кадровые ресурсы для будущей системы первичной медико-санитарной помощи и методы разработки показателей или индикаторов эффективности работы. В заключительном разделе доклада ключевые сообщения, звучавшие в течение всего мероприятия, обобщены по сквозным темам. Данные сообщения будут представлены на рассмотрение Региональному директору ВОЗ в целях дальнейшей разработки концепции первичной медико-санитарной помощи в Европейском регионе.

«Чтобы перео- смыслить первичную медико- санитарную помощь, нужно мыслить нестандартно»

Juan Tello, Секретариат Консультативной группы по первичной медико-санитарной помощи, Глава Офиса, Европейский центр ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи

нием Консультативной группы по первичной медико-санитарной помощи, из числа официальных членов группы избирается председатель, который должен следить за обсуждениями. Председателем совещания была единогласно выбрана Анна Stavdal, президент Всемирной организации семейных врачей (WONCA) Европейского региона. Nick Goodwin, главный исполнительный директор Международного фонда для оказания интегрированной медицинской помощи и член Консультативной группы по первичной медико-санитарной помощи, был назначен докладчиком совещания.

В ходе подготовки к совещанию члены Консультативной группы по первичной медико-санитарной помощи были приглашены в качестве модераторов дискуссий, обозначенных в программе мероприятия. Совместно с Секретариатом были разработаны и согласованы наводящие вопросы для направления хода дискуссий. Модераторам было предложено подготовить краткую информацию по соответствующим темам, которая направляла бы ход обсуждений.

На официальном открытии мероприятия представители Секретариата предложили участникам мыслить нестандартно. Основными форматами совещания стали творчество и коллективный мозговой штурм как попытка выйти за существующие рамки. Участники согласились, что работа на опережение в меняющихся условиях требует подхода, ориентированного на перспективу. Все дискуссии на совещании проходили в этом ключе.

Участники

Ожидается, что в ежегодных совещаниях Консультативной группы по первичной медико-санитарной помощи будут участвовать все ее официально назначенные члены. В первом совещании в качестве временных консультантов и специально приглашенных гостей также участвовали эксперты по отдельным темам. Список участников приведен в Приложении 1.

Начало работы Консультативной группы по первичной медико-санитарной помощи

Европейский центр ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи в качестве Секретариата Консультативной группы по первичной медико-санитарной помощи официально провел свое первое совещание. В соответствии с техническим зада-



Реагирование на потребности

Первичная медико-санитарная помощь будущего в Европейском регионе

Модератор: Hans Kluge, директор Отдела систем здравоохранения и охраны общественного здоровья Европейского регионального бюро ВОЗ

На открывающей сессии совещания первичная медико-санитарная помощь была рассмотрена в контексте эволюции потребностей в медицинских услугах и условий их предоставления. Директор Отдела систем здравоохранения и охраны общественного здоровья Европейского регионального бюро ВОЗ подчеркнул, что имеются все основания считать, что системы здравоохранения с сильной первичной медико-санитарной помощью, как правило, обеспечивают население более справедливым доступом к медицинским услугам и более высокими результатами.

В течение последних 40 лет модели предоставления медицинской помощи продолжали эволюционировать и меняться. Все 53 государства-члена Европейского региона ВОЗ внедряли многочисленные инновации для усиления роли первичной медико-санитарной помощи. Достигнутый в результате этих инициатив прогресс, однако, неоднозначен и не универсален, и фрагментированность медицинской помощи сохраняется.

В своем вступительном слове директор Европейского регионального бюро ВОЗ отметила, что программа Здоровье-2020 определяет четкие приоритеты по оказанию поддержки странам: укрепление систем здравоохранения, ориентированных на нужды людей, инвестиции в здравоохранение на протяжении всей жизни и борьба с бременем высокой заболеваемости в Европе. В программе Здоровье-2020 подчеркивается, что для достижения этих целей необходимы инвестиции в исходные детерминанты здоровья, в т.ч. социальные, экологические и поведенческие факторы риска.

Региональный директор также заметила, что программа Здоровье-2020 полностью соответствует задачам Целей устойчивого развития в части сокращения преждевременной смертности и увеличения продолжительности жизни. В странах Европейского региона прогресс в достижении обеих задач был в целом достаточно убедительным, но он должен быть стабильным. Цель устойчивого развития #3 заключается в продвижении здорового образа жизни и содействии благополучию для всех в любом возрасте и включает ряд ключевых задач, в т.ч. всеобщий охват населения услугами здравоохранения, финансовую защиту и доступ к медицинской помощи, а также профилактику заболеваний, укрепление здоровья и реабилитацию. Например, Задача 3.8 – достижение всеобщего охвата услугами



Вставка 2

Видение первичной медико-санитарной помощи, отраженное в Алма-Атинской декларации

Первичная медико-санитарная помощь «является первым уровнем контакта отдельных лиц, семьи и общины с национальной системой здравоохранения, максимально приближает медико-санитарную помощь к месту жительства и работы людей и представляет собой первый этап непрерывного процесса охраны здоровья». Таким образом, подчеркивается комплексный и межсекторальный характер первичной медико-санитарной помощи и придается особое значение укреплению здоровья, профилактике заболеваний, надлежащему лечению «распространенных заболеваний» и мерам общественного здравоохранения по борьбе с инфекционными заболеваниями.

Алма-Атинская декларация, 1978 г.

1

В настоящем документе под «первичной медико-санитарной помощью» понимается подход, получивший развитие в 1978 году после принятия Алма-Атинской декларации и основанный на принципах равенства, участия, межсекторального взаимодействия, использования соответствующих технологий, и где центральную роль играет система здравоохранения с всеобщим и доступным охватом услугами здравоохранения для индивидов и общин при их полном участии и в рамках возможностей этих общин и страны в целом на каждом этапе внедрения подхода, в духе уверенности в своих силах и свободного волеизъявления. Первичная помощь определяется как вид и условие предоставления помощи, которая основана на первичном контакте, а также на доступном, непрерывном, комплексном и координированном предоставлении услуг индивидумам и общинам. См.: Глоссарий терминов: англо-русская версия; Европейская 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/0020/318152/Glossary-of-terms-AIHS-D-E-R-versions.pdf).

здравоохранения – требует обеспечения более широкого доступа к качественным основным медико-санитарным услугам, которые будут безопасными и приемлемыми для всех людей и сообществ.

Первичная медико-санитарная помощь играет решающую роль в достижении этих целей. Концепция первичной медико-санитарной помощи, изложенная в Алма-Атинской декларации 1978 года, сохраняет актуальность (Вставка 2). При этом контекст, в котором оказывается первичная медико-санитарная помощь, существенно изменился (Рис. 1)¹. Важные проблемы на современном этапе включают быстрое старение населения, повышенную заболеваемость хроническими и сопутствующими заболеваниями, экологическое, социальное и экономическое давление и крупномасштабную миграцию.

Эти изменения обуславливают новые задачи систем здравоохранения в отношении оказания услуг, которые должны быть проактивными (т.е. опережающими), а не просто отвечающими на возникающие запросы, комплексными и непрерывными, а не эпизодическими и ориентированными на лечение отдельных заболеваний, и основанными на долгосрочных взаимоотношениях между пациентами и поставщиками медицинских услуг, а не временной помощи, оказываемой под руководством поставщика.

В совокупности, эти задачи как никогда повышают актуальность и неотложность развития системы первичной медико-санитарной помощи. Ее развитие также открывает ряд новых возможностей. Подобные изменения происходят во всех странах региона и включают ведение заболеваний на уровне сообщества и на дому, внедрение инновационных методов медикаментозного лечения и терапии, а также новых технологий электронного здравоохранения (eHealth), мобильных услуг здравоохранения (mHealth) и других удаленных приложений для персонализации услуг способами, которые раньше было невозможно представить.

Многие страны в Европейском регионе продемонстрировали способность адаптировать свои модели здравоохранения к меняющимся потребностям в медицинских

и социальных услугах. Необходимы меры по укреплению первичной медико-санитарной помощи в рамках интегрированной системы здравоохранения, которые обеспечат комплексное предоставление качественных услуг на протяжении всей жизни. При этом такие услуги будут: разрабатываться с учетом самых разных потребностей населения и отдельных людей; предоставляться скоординированной группой поставщиков, работающих на разных уровнях системы здравоохранения; эффективно управляться для достижения оптимальных результатов и надлежащего использования ресурсов в соответствии с передовой доказательной базой; и предусматривать обратную связь для непрерывного повышения эффективности и устранения причин заболеваний, а также повышения общего благополучия посредством межсекторальной работы.

Рисунок 1. Новые вызовы и возможности в новом контексте первичной медико-санитарной помощи



Источник: Европейский центр ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи, 2017 год.

Говоря о новом контексте первичной медико-санитарной помощи, Региональный директор перечислила известные факторы, которые необходимо учитывать при разработке предположений в области здравоохранения на ближайшие годы в разрезе приоритетных направлений (Рис. 2). Помимо прочих, к ним относятся:

- факт старения населения, в т.ч. увеличение доли престарелых иждивенцев и распространенности болезни Альцгеймера и деменции;
- растущая проблема хронических заболеваний, особенно острого инсульта и сердечных заболеваний;
- рост проблем, связанных с травмами и различными видами зависимости;
- значительное число лиц с множественными заболеваниями и увеличение числа пациентов, принимающих одновременно несколько лекарств, что требует повышенной способности от системы здравоохранения выявлять факторы риска, укреплять здоровье и проводить профилактику ухудшения здоровья (особенно в отношении рисков развития заболеваний вследствие влияния окружающей среды и ожирения);
- растущее бремя, которое несут неформальные ухаживающие лица, преимущественно женщины и мигранты, сталкивающиеся с неоправданными рисками для здоровья и составляющие наиболее быстрорастущие уязвимые группы.

Рисунок 2. Ожидаемые новые потребности в области здравоохранения в Европейском регионе



Источник: Европейский центр ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи, 2017 год

Более того, параллельно с этими изменениями потребностей можно ожидать, что европейские страны продолжат развитие в рамках общего контекста (Рис. 3). Имеется в виду, например: использование инновационных технологий, в том числе информационно-коммуникационных технологий, которые позволяют внедрять управление здоровьем населения и прогнозное моделирование рисков; рост удаленных и мобильных технологий, обеспечивающих персональный мониторинг состояния здоровья; будущее использование искусственного интеллекта и генетического картирования. Также была отмечена продолжающаяся децентрализация структуры управления системами здравоохранения. Кроме того, в последние годы значительно возросла активность граждан и общественности, требующих прозрачности системы здравоохранения и участия в процессах принятия решений. Также намечается активизация местного участия в процессах принятия решений и повышение значения государственно-частных партнерств, которые, как ожидается, будут играть все возрастающую роль в предоставлении услуг.

Региональный директор отметила, что для прогнозирования этих изменений, адаптации и развития систем предоставления услуг и оперативных преобразований необходима дальновидность. Она подчеркнула, что имеется четкий консенсус относительно того, что современные системы здравоохранения следует рассматривать в свете их готовности к будущим задачам посредством «полного переосмысления модели предоставления медицинских услуг», чтобы обеспечить их актуальность.

В заключение Региональный директор сказала, что важным условием реализации этих задач является признание первичной медико-санитарной помощи как краеугольного камня системы предоставления услуг, а также того, что она не может оказывать соответствующие услуги в отрыве от других составляющих системы здравоохранения. Преобразование системы здравоохранения должно поддерживаться межсекторальной работой по нормализации исходных детерминант здоровья. Для устойчивости реформ необходимы партнерства и установление новых взаимоотношений в свете повышения активности и расширения полномочий пациентов и населения, а также новые формы взаимоотношений между самими поставщиками медицинских услуг, а также с местными и региональными органами управления и лицами, ответственными за формирование

политики на национальном уровне. Предполагается, что для разработки более сложных и эффективных подходов к удовлетворению будущих потребностей в области здравоохранения и социальной сферы будет использоваться успешный опыт внедрения подходов к здоровью на протяжении всей жизни и (или) мероприятий, основанных на потребностях населения.

Наконец, Региональный директор призвала Консультативную группу по первичной медико-санитарной помощи сосредоточиться на двух ключевых вопросах в своих обсуждениях:

1. Как будет выглядеть первичная медико-санитарная помощь в 2030 году?
2. Что нужно делать системам здравоохранения, чтобы реализовать это видение?

Рисунок 3. Изменение контекста предоставления медицинских услуг к 2030 году



Источник: Европейский центр ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи, 2017 год.

Современная повестка первичной медико-санитарной помощи: взгляд из Казахстана

Алексей Цой, Вице-министр, Министерство здравоохранения, Республика Казахстан

В ответ на выступление Регионального директора Министерство здравоохранения Республики Казахстан поделилось некоторыми размышлениями о современных задачах первичной медико-санитарной помощи. Ключевым условием прогресса представляется расширение спектра услуг в учреждениях первичной медико-санитарной помощи: например, расширение скрининга (в случае с туберкулезом); поддержка самопомощи; предложение электронной и телефонной записи на приемы; расширение профилактики и диагностики; регистрация пациентов; предоставление лекарств и других основных услуг, которые будут бесплатными по месту приема и использования. Будущее развитие обязательного медицинского и социального страхования для обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения является ключевой составляющей этой концепции в Казахстане.

В рамках данных инвестиций первичная медико-санитарная помощь должна оставаться доступной, и поэтому в Казахстане развивается сеть малых центров первичной медико-санитарной помощи вблизи мест проживания пациентов, чтобы снизить соотношение количества врачей общей практики к количеству пациентов с 1:2500

до примерно 1:1500. Одним из факторов, свидетельствующим об успехе данного подхода, является сокращение времени ожидания. В числе важных нововведений в Казахстане – создание 49 мобильных клиник, обслуживающих более 300 тысяч человек, а также трех поездов здоровья, оказывающих медицинские услуги населению в сельских и отдаленных районах.

Еще одной важной составляющей будущей системы первичной медико-санитарной помощи в Казахстане является поддержка эффективного ведения хронических заболеваний и работы с пациентами с применением подхода «права и обязанности» для поощрения солидарности, развития групп взаимопомощи и, таким образом, продвижения здорового образа жизни. В целом, как показывает практика, развитие системы первичной медико-санитарной помощи и ее взаимодействия с системой общественного здравоохранения способствует существенным изменениям.

Глобальное видение системы первичной медико-санитарной помощи

Edward Kelley, директор Отдела предоставления услуг и обеспечения их безопасности, ВОЗ

Директор Отдела предоставления услуг и обеспечения их безопасности начал свое выступление от имени штаб-квартиры ВОЗ с повторения замечания о том, что важнейшим условием обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения является доступ к первичной медико-санитарной помощи как первой и основной точки входа в систему. Первичная медико-санитарная помощь также играет большую роль в создании и развитии благополучных и здоровых сообществ. Остается актуальной установка «всеобщий охват услугами здравоохранения невозможен без сильной первичной медико-санитарной помощи».

Однако, несмотря на значительный прогресс, достигнутый за последние 40 лет после принятия Алма-Атинской декларации, есть несколько основных причин, почему важно вернуться к теме цели и будущего первичной медико-санитарной помощи.

- **Глобальный контекст интегрированных и ориентированных на людей систем здравоохранения.** Первичная медико-санитарная помощь будет важным путем создания и развития междисциплинарных групп, которые станут средством существования будущего предоставления помощи. Работники системы первичной медико-санитарной помощи в будущем – это не только врачи и медсестры, но и другие группы специалистов, которые смогут оказывать большее влияние и расширять партнерства с другими секторами, например, для эффективного распределения медицинской помощи между поставщиками медицинских услуг и эффективной работы на стационарном уровне.
- **Оценка.** Возможной причиной того, что развитие первичной медико-санитарной помощи не продвинулось согласно ожиданиям во многих системах, может быть недостаточность инвестиций в мониторинг и разработку показателей по оценке эффективности, которые способствовали бы ее повышению. Возможность оценивать и отслеживать прогресс – необходимое средство стимулирования инноваций и повышения качества первичной медико-санитарной помощи.
- **База знаний.** Странам необходимо наращивать потенциал в сфере обмена опытом, передовой практикой, а также решениями в области реализации и оценки прогресса. Чтобы поддержать этот обмен знаниями, штаб-квартира ВОЗ инициировала создание вебсайта integratedcare4people.org, и данная работа будет продолжена.

- **Преодоление разобщенности.** При оказании услуг в области ВИЧ, туберкулеза и охраны детского здоровья, а также в других ключевых областях необходимо активнее преодолевать фрагментированность медицинских услуг и повышать интегрированность медицинской помощи для людей и сообществ. Большое значение будет иметь интеграция услуг на уровне первичной медико-санитарной помощи, и не только для основных заболеваний.
- **Здравоохранение и глобальная безопасность.** Эффективное реагирование на пандемии, такие как вирусы Эбола и Зика, требует наличия и подготовки лидеров на уровне поставщиков первичной медико-санитарной помощи и на уровне населения, которые будут обучены навыкам реагирования на кризисные ситуации. Первичная медико-санитарная помощь должна способствовать такому развитию и повышению устойчивости в сообществах.

Директор завершил речь личным наблюдением, что развитие первичной медико-санитарной помощи можно будет ускорить, если будут решены два ключевых вопроса: во-первых, политическая воля, в укреплении которой будет играть важную роль 40-я годовщина Алма-Атинской декларации; во-вторых, системы оценки, повышающие прозрачность и подотчетность системы первичной медико-санитарной помощи.

Замечания о реализации реформ первичной медико-санитарной помощи на практике

Sophia Schlette, Управление знаниями в области систем здравоохранения

Как первичная медико-санитарная помощь становится важнейшей составляющей системы здравоохранения? Почему это не всегда удается? Целью данного выступления было обозначить очевидные проблемы для обсуждения на первом совещании Консультативной группы по первичной медико-санитарной помощи и понять, почему, несмотря на все имеющиеся доказательства важной роли первичной медико-санитарной помощи, она не получает достаточных инвестиций во многих системах здравоохранения.

Основные причины следующие:

- политика и конкуренция, которых мы практически не видим;
- утрата мотивации у медицинских работников;
- отсутствие эффективного лидерства;
- недостаточность или отсутствие инвестиций в общественное здравоохранение и профилактику заболеваний и неспособность интегрировать эти виды деятельности в систему первичной медико-санитарной помощи;
- отсутствие подготовки и обучения медицинских специалистов для развития первичной медико-санитарной помощи и командных подходов к оказанию медицинской помощи, в результате чего возникают текущие проблемы развития мультидисциплинарных команд;
- неспособность видеть и лечить человека как единое целое в контексте семьи и сообщества.

Было отмечено, что успешные системы, в основе которых лежит первичная медико-санитарная помощь, чаще используют модель подушевого финансирования, которая привязывает медицинскую помощь к определенному местному сообществу, в отличие от модели финансирования в формате оплаты за оказанные услуги или иных форм вознаграждения по достигнутым результатам. Системы финансирования должны способствовать развитию у специалистов мотивации качественно работать на благо пациентов и сообщества, а не вытеснять такой подход и не демотивировать людей.

Был приведен пример Кубы, где система первичной медико-санитарной помощи поддерживается и усиливается профессиональной подготовкой персонала, способного целостно и гуманно подходить к управлению комплексными потребностями в области здравоохранения, для оказания амбулаторной помощи на уровне сообщества. В рамках данной модели особое значение имеют управление услугами здравоохранения и ответственность поставщика за обслуживаемый участок. На Кубе население поделено на четыре группы: здоровые, группы риска, пациенты с острыми состояниями и пациенты с хроническими состояниями или на прогрессирующих и инвалидизирующих стадиях болезни. Этот подход отражает подход американской организации Kaiser Permanente, а также стран с низким и средним уровнем доходов, которые внедряют в практику принципы управления общественным здравоохранением.

Также было отмечено, что можно активнее развивать площадки для взаимодействия в целях глубинного изучения проблем и вопросов, связанных с реализацией первичной медико-санитарной помощи, с тем чтобы обмен знаниями происходил с учетом актуальных реалий. В частности, была подчеркнута необходимость поддерживать ориентированность на человека и понимать, как говорил Дональд Бервик, что «мы гости в жизни наших пациентов».

Обсуждение

После вступительных докладов модератор сессии провел дискуссию среди членов Консультативной группы по первичной медико-санитарной помощи и участников сессии, посвященную проблемам, о которых говорили докладчики и которые, по их мнению, стали препятствием в реализации ценностей, изложенных в Алма-Атинской декларации, и последующем развитии первичной медико-санитарной помощи. В рамках дискуссии Консультативная группа обсудила главные проблемы, которые могут помешать развитию первичной медико-санитарной помощи в будущем.

Предметом обсуждения стали следующие основные темы:

- **Важность вовлечения местного сообщества**

Одно из главных преимуществ первоначальной концепции первичной медико-санитарной помощи заключалось в том, что она способствует социальному сплочению и, тем самым, эффективному вовлечению местных сообществ в решение вопросов здравоохранения. Именно благодаря этому, в теории, масштабные финансовые инвестиции, направленные на профилактику заболеваний, охрану здоровья и улучшение первичной медико-санитарной помощи, приносят существенную пользу людям в долгосрочной перспективе и позволяют создать устойчивую систему здравоохранения. Однако выяснилось, что имеется недостаток взаимопонимания и неопределенность в том, что касается ценности и важности первичной медико-санитарной помощи. Отчасти это можно объяснить изменившимся контекстом, в котором общественные ценности перестали играть ключевую роль в формировании сильных сообществ и местных активистов.

Тем не менее, вовлечение местного сообщества крайне важно для будущего развития первичной медико-санитарной помощи, если мы хотим сделать ее эффективной, особенно учитывая необходимость глубокого понимания более широкого контекста общественного здравоохранения. Переход к более деловому подходу к лечению пациентов (например, через политику свободного выбора поставщика медицинских услуг и политику финансирования), в сравнении с традиционным общественным здравоохранением, связан с большим риском потери заинтересованности в эффективной первичной медико-санитарной помощи.

Также было отмечено, что необходимо разработать отдельные стратегии в отношении уязвимых сообществ, таких как население нестабильных конфликтующих государств. Оказание первичной медико-санитарной помощи в дополнение к средствам жизнеобеспечения могло бы способствовать объединению и социальной сплоченности в таких регионах.

- **Пациент-ориентированное здравоохранение**

Текущая система недостаточно ориентирована на то, чтобы учитывать интересы каждого отдельного пациента. Чтобы применить пациент-ориентированный подход в рамках первичной медико-санитарной помощи, необходимо, чтобы пациенты и местные сообщества могли контролировать процесс лечения и влиять на медицинское обслуживание. Однако в существующей системе здравоохранения лишь признается важность такого подхода, но он редко применяется на практике.

- **Мотивация медперсонала**

В качестве важных вопросов были обозначены вопрос мотивации специалистов работать в системе первичной медико-санитарной помощи, а также тех, кто уже работает в ней, осваивать новые методы. Для этого необходимы факторы, которые будут способствовать работе системы.

Одной из основных проблем в реализации видения первичной медико-санитарной помощи, которое способствовало бы продвижению интегрированных услуг и командной работы, представляется несогласованность динамики развития организаций здравоохранения и социальной защиты, а также различных профессиональных групп. Основные барьеры для совместной работы – это различия в нормах, ценностях и профессиональной терминологии, текучка кадров, специализация и необходимость изменения поведения во взаимоотношениях между специалистами в целях совместной работы.

Другая проблема – консерватизм специалистов первичной медико-санитарной помощи (врачей общей практики), в особенности их явное сопротивление модернизации и новым практическим подходам, таким как пациент-ориентированность, график работы и совместная работа с медсестрами и в командах. Было высказано мнение, что для врачей первичной медико-санитарной помощи могут потребоваться новые модели занятости.

- **Акцент на реализации**

Участники подчеркнули, что одним из основных барьеров для реализации новой концепции первичной медико-санитарной помощи является непонимание основных этапов разработки и преобразования моделей предоставления услуг и собственно систем здравоохранения. Хотя первичная медико-санитарная помощь имеет в этом направлении достаточно наработок, для понимания практических аспектов были бы полезны практические примеры преобразований.

В заключение обсуждения директор Регионального бюро подчеркнула, что, возможно, ключевым барьером в развитии системы первичной медико-санитарной помощи является политика, поскольку, как показывает практика, эта система лучше всего работает в странах, где программа всеобщего охвата услугами здравоохранения, обеспечения справедливого доступа к ним и улучшения здоровья населения поддерживается на государственном уровне. Если первичная медико-санитарная помощь является путем к «здоровью для всех», ее следует рассматривать не отдельно от других частей системы здравоохранения, но в комплексе с ними. Работу в этом направлении будут подкреплять повышение социальной сплоченности и доверия, развитие образования и лидерства. При этом важно и в дальнейшем доказывать, что первичная медико-санитарная помощь является важнейшим условием в обеспечении всеобщего охвата услугами здравоохранения.

Неотложная помощь в учреждениях первичной медико-санитарной помощи

Фасилитатор Консультативной группы по первичной медико-санитарной помощи

Jan de Maeseneer, председатель Европейского форума по вопросам первичной помощи

Во время первой сессии, посвященной вопросам реагирования на потребности, фасилитатор Консультативной группы по первичной медико-санитарной помощи обсудил с участниками сессии вопрос улучшения оказания неотложной помощи посредством новых форм первичной медико-санитарной помощи. В первую очередь было отмечено, что служба первичной медико-санитарной помощи ежедневно имеет дело с острыми состояниями и играет ключевую роль в оказании первичной помощи. Она также влияет на то, получают ли люди, предположительно нуждающиеся в неотложной помощи, медицинскую помощь с оптимальным соотношением затрат и результатов. Учитывая это, первостепенное значение необходимо уделить организации и финансированию слаженной работы специалистов первичной медико-санитарной помощи, чтобы они принимали правильные решения и справлялись с 85-95% новых случаев.

В рамках первичной медико-санитарной помощи осуществляется оценка состояния пациентов с хроническими заболеваниями, обратившихся по поводу обострения симптомов, с тем, чтобы принять осознанное совместное решение (например, по планированию лечебных мероприятий). Учитывая, что за медицинской помощью обращается все больше людей с множественными серьезными заболеваниями, необходим новый подход к оказанию медицинской помощи, когда лечебные меры ориентированы не на борьбу с конкретным заболеванием, а на достижение поставленной цели.

Также на уровне первичной медико-санитарной помощи может проводиться медицинское обслуживание при несчастных случаях и телесных повреждениях (исключая серьезные травмы), формируя основу комплекса мер по реагированию на чрезвычайные ситуации. К примеру, такие меры осуществляются средним медицинским персоналом. В частности, медработники, оказывающие первичную медико-санитарную помощь в сельских и отдаленных районах, должны иметь дополнительные возможности, чтобы стабилизировать состояние пациента и обеспечить его безопасную и быструю транспортировку в ближайший пункт, где ему будет оказана специализированная медицинская помощь.

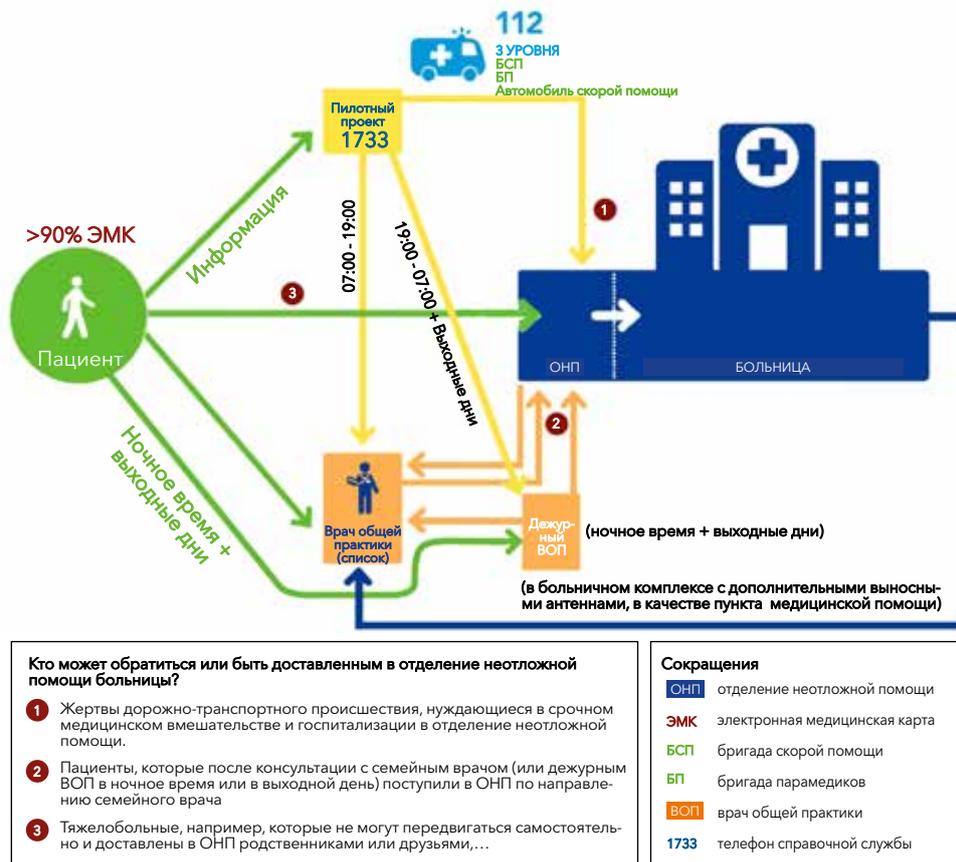
Фасилитатор Консультативной группы по первичной медико-санитарной помощи подчеркнул, что централизованная система входного контроля и последующего направления к узким специалистам крайне важна, чтобы разгрузить специалистов и чтобы они могли уделять больше внимания людям, действительно нуждающимся в неотложной помощи. Рекомендуется вести регистрационные списки пациентов. С переходом на круглосуточную работу без выходных и праздников службы первичной медико-санитарной помощи смогут эффективнее выполнять функции приемного отделения с последующим направлением пациентов к специалистам. Недостатки текущей системы приводят к ненужным госпитализациям и посещениям врачей по поводу состояний, не требующих неотложной помощи. Таким образом, чтобы обеспечить эффективное управление незапланированными медицинскими услугами система первичной медико-санитарной помощи должна иметь квалифицированных сотрудников, возможности быстрого и безопасного перенаправления пациентов и хорошие рабочие отношения с рядом партнеров (Рис. 4).

Поэтому, чтобы на уровне первичной медико-санитарной помощи хорошо справляться с острыми состояниями, требуется непрерывно совершенствовать процесс

принятия клинических решений. Для этого необходимо понимать причины обращения пациентов за помощью, знать историю их болезни и какое лечение проводилось ранее, а также понимать вероятность и обострение их состояний. Это становится особенно важным, учитывая будущий контекст первичной медико-санитарной помощи и то, что поставщики медицинских услуг будут работать с более сложными потребностями и, соответственно, будут нуждаться в поддержке для принятия решений, а также в руководствах (основанных на алгоритмах).

Что касается организации первичной медико-санитарной помощи пациентам с острыми состояниями, в будущем компетентным поставщикам медицинских услуг будет необходимо работать над тем, чтобы пациенты и сообщества стали более активными, осведомленными о собственном здоровье и способными самостоятельно контролировать вопросы, касающиеся здоровья. В сфере практических методов оказания медицинской помощи важную роль будет играть командный подход (особенно в отношении сестринского ухода), что потребует максимального повышения квалификации кадров в связи с передачей части обязанностей врачей медсестрам и социальным работникам.

Рисунок 4. Модель организации незапланированной неотложной помощи



Источник: De Maeseneer J. Model for organisation of out-of-hours care. Internal discussion paper [Модель организации медицинской помощи вне часов приема. Внутренний документ для обсуждения]. Ghent: Ghent University, Department of Family Medicine and Primary Health Care; 2016.

Очень важно, смогут ли учреждения первичной медико-санитарной помощи сохранить статус центров непрерывной помощи, иными словами, отвечать за медицинскую помощь в конкретной юрисдикции и эффективно координировать оказание услуг в местной общине совместно с учреждениями специализированной и высокоспециализированной медицинской помощи за счет более понятных и согласованных механизмов отчетности.

В заключение фасилитатор Консультативной группы по первичной медико-санитарной помощи подчеркнул важность входного контроля пациентов на этапе первичной медико-санитарной помощи как наиболее эффективного способа организации и оказания неотложной помощи. Он также отметил важную роль непрерывности помощи, основанной на связях между поставщиками услуг и пациентами, с фокусом на географическую привязку и необходимость создания четких алгоритмов эффективной координации услуг, предоставляемых разными поставщиками в разных условиях.

Однако следует тщательно обдумать возможность передачи части услуг стационарных лечебных учреждений в сферу компетенций учреждений первичной медико-санитарной помощи (например, посредством прямого замещения), поскольку сопутствующие затраты и стоимость трудовых ресурсов могут оказаться непомерно высокими. Лучшим способом оказания неотложной помощи можно считать подход, при котором учреждение первичной медико-санитарной помощи рассматривается как центр комплексного обслуживания, в котором врачи общей практики оказывают качественные услуги и который играет координирующую роль в оказании эффективной первой помощи.

Обсуждение

Обсуждение началось с краткого изложения основных постулатов презентации о том, что обслуживание пациентов, нуждающихся в неотложной медицинской помощи, службами первичной медико-санитарной помощи не означает выполнения ими функций стационарных медицинских учреждений (за исключением малых хирургических вмешательств, диагностических тестов, амбулаторного лечения и дневного стационара), а, скорее, выполнение координирующей роли при направлении пациентов к специалистам и оказании неотложной помощи.

Вместе с тем было отмечено, что первичная медико-санитарная помощь часто считается менее качественной альтернативой лечению у специалиста или в больнице по следующим причинам: восприятие первичных медико-санитарных услуг менее качественными; высокая стоимость консультаций; проблемы с доступностью услуг; и отсутствие необходимой коммуникации со специалистом, чтобы пациент был уверен в том, что он в безопасности и получает надлежащую помощь. Убежденность в том, что качественную помощь можно получить только в больнице, частично основанная на том, что люди предпочитают обращаться к специалистам и не хотят идти на прием к врачу общей практики, является актуальной проблемой.

Считалось, что модель первичной медико-санитарной помощи нуждается в изменении, чтобы усилить ее роль в предоставлении экстренной помощи, например, за счет сотрудничества с отделениями экстренной медицинской помощи и (или) расположения пунктов первичной медико-санитарной помощи в больницах, где они могли бы выполнять функции приемного отделения или оказывать помощь пациентам вне часов приема. Такая модель могла быть особенно уместной в условиях чрезмерной загруженности больниц.

Однако оказание первичной медико-санитарной помощи на базе больниц может приучить людей к тому, что обращение в стационар – это единственный способ получения неотложной и экстренной помощи, тогда как зачастую со многими жалобами целесообразнее обращаться в учреждения первичной медико-санитарной помощи, где осуществляется надлежащий входной контроль. В этой связи сложилось мнение, что входной контроль может быть основан исключительно на биомедицинской информации, в то время как для усиления роли первичной медико-санитарной помощи необходимо учитывать более широкий спектр потребностей.

Чтобы добиться улучшения обслуживания пациентов, нуждающихся в неотложной медицинской помощи, первичная медико-санитарная помощь должна обладать следующими характеристиками.

- **Приемлемость качества обслуживания.** Необходимо улучшить восприятие качества и повысить репутацию первичной медико-санитарной помощи, чтобы убедить пациентов обращаться за неотложной помощью к специалистам первичной медико-санитарной помощи.
- **Доступность услуг.** Возможность получения широкого спектра услуг в рамках первичной медико-санитарной помощи по месту проживания или работы заметно разгружает отделения экстренной медицинской помощи. Необходимо понимать, какое значение многие люди придают доступности услуг, скорости обслуживания и возможности самостоятельно выбрать поставщика, из чего следует, что обслуживание пациентов в рамках первичной медико-санитарной помощи должно быть гораздо более гибким.
- **Финансовая доступность.** Устранение препятствий в получении медицинской помощи посредством мер, направленных на уменьшение финансового бремени, например, оплаты наличными за медицинские услуги и за лекарства.
- **Образование.** Необходимо инвестировать в повышение грамотности населения в вопросах здоровья, чтобы люди понимали, как правильно использовать возможности медицинских учреждений (это вызывает затруднения).
- **Командный подход к оказанию медицинских услуг.** Инвестиции в медицинские услуги, осуществляемые командными усилиями, особенно с учетом растущей роли медсестер в оказании неотложной помощи в случае обострения хронических заболеваний, в выдаче назначенных лекарств и в осуществлении профилактических мероприятий, обладают известным, но пока не раскрытым потенциалом. По имеющимся данным, такие подходы способствуют повышению уровня удовлетворенности пациентов и могут привести к существенному снижению стоимости медицинского обслуживания.

Однако было отмечено, что современная первичная медико-санитарная помощь зачастую не соответствует указанным характеристикам, вследствие чего достижение непрерывности медицинской помощи ставится под угрозу. Если знать и понимать потребности пациентов и их семей и поддерживать с ними постоянные надежные связи, люди с меньшей вероятностью будут обращаться в больницы, предпочитая врачей первичной медико-санитарной помощи. Но такие подходы к оказанию услуг, как командная работа, неполная занятость, мгновенный доступ к истории болезни, мешают достижению непрерывности медицинского обслуживания. Люди ценят непрерывность ухода, достигаемую за счет крепких связей, и будут избегать плохо скоординированных разрозненных услуг, из-за которых процесс лечения будет сложно контролировать.

В заключение ключевым фактором будущего развития первичной медико-санитарной помощи было названо повышение доверия у местного населения к данной услуге, чтобы люди в случае необходимости, не задумываясь, обращались в центры первичной медико-санитарной помощи. Это требует инвестиций, так как для достижения результата требуется создать ценность. Это включает организацию круглосуточной первичной медико-санитарной помощи без выходных и праздников и соблюдение четырех ключевых принципов: доступность, координация, комплексность и непрерывность услуг. При этом службы первичной медико-санитарной помощи должны иметь все возможности, чтобы эффективно оказывать неотложную помощь и обеспечивать надежную альтернативу обслуживанию в стационарных учреждениях.

Однако в обществе и в политической среде сохраняется убеждение, что в больнице, человек получит более качественные услуги. По всей вероятности, изменить это убеждение будет сложно. Одна из стратегий может заключаться в том, чтобы создать имидж учреждений первичной медико-санитарной помощи как места, где люди могут

самостоятельно убедиться в дополнительных преимуществах, предлагаемых такими учреждениями. Было еще раз подчеркнuto, что в случае острых состояний, требующих неотложной помощи, важно обеспечить надлежащий входной контроль (не только врачами общей практики), и что для обеспечения непрерывности медицинского обслуживания необходимы долгосрочные личные отношения с пациентами и сообществами.

Лечение хронических заболеваний в учреждениях первичной медико-санитарной помощи

Фасилитатор Консультативной группы по первичной медико-санитарной помощи Jill Farrington, координатор, ведущий технический специалист Отдела неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья на всех этапах жизни, Европейское региональное бюро ВОЗ

Фасилитатор Консультативной группы по первичной медико-санитарной помощи посвятила эту сессию исследованию роли первичной медико-санитарной помощи в лечении пациентов с хроническими заболеваниями. Она рассказала, как в рамках ВОЗ были установлены девять основных целевых показателей распространения неинфекционных заболеваний и как в 2017 году в политике произошли изменения, связанные с включением низкочастотных мероприятий в области неинфекционных заболеваний в базовый пакет первичной медико-санитарной помощи с целью достижения всеобщего охвата медико-санитарными услугами. Однако данные свидетельствуют о том, что распространенность, особенно таких ключевых заболеваний, как диабет, продолжает расти (Рис. 5). Кроме того, в регионе не были полностью реализованы инициативы по оказанию медицинской помощи пациентам с неинфекционными заболеваниями. Это произошло по ряду причин, включая недостаток времени, финансовых средств и понимания пользы таких мероприятий.

В будущем первичное медико-санитарное обслуживание столкнется с более сложными случаями, поскольку растет количество людей с множественными хроническими заболеваниями. Это – вызов для клинической практики, которая традиционно ориентировалась на борьбу с одним заболеванием. Учитывая необходимость комплексного подхода, а также связанные с независимостью проблемы и потребности в социальной помощи, требуется реформирование первичной медико-санитарной помощи, чтобы привести ее в соответствие с целевым назначением.

Это ставит ряд задач перед первичной медико-санитарной помощью с учетом следующих тенденций:

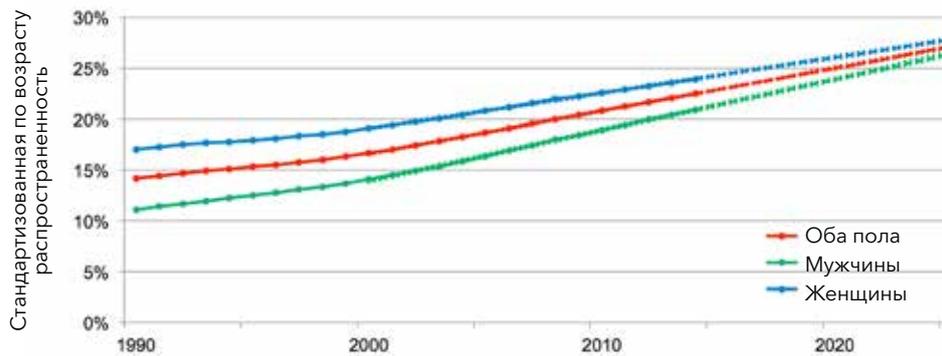
- амбулаторное лечение хронических заболеваний, часто в профильных медицинских учреждениях и все чаще под контролем медсестры;
- рекомендации по лечению отдельных заболеваний, соблюдение которых стимулируется механизмами вознаграждения по результатам;
- продвижение системы совместных решений; медицинской помощи, ориентированной на нужды пациента, и самостоятельный контроль своего состояния пациентами с несколькими конкурирующими заболеваниями;
- ограниченное время консультаций и неудобное для пациента время встречи;
- противоречия между приоритетами терапии пациента и необходимостью выполнять цели по качеству обслуживания.

Вставка 3

Диабет: краткая справка

- В Европейском регионе ВОЗ 64 миллиона человек живут с диабетом.
- Распространенность диабета в Европейском регионе в период с 1980 по 2017 год увеличилась на 2 процентных пункта, достигнув 7,3%.
- Сорок процентов случаев заболевания диабетом среди людей в возрасте 20–79 лет (23,5 млн человек) в Европейском регионе остаются недиагностированными.

Рисунок 5. Рост распространенности ожирения в Европейском регионе ВОЗ

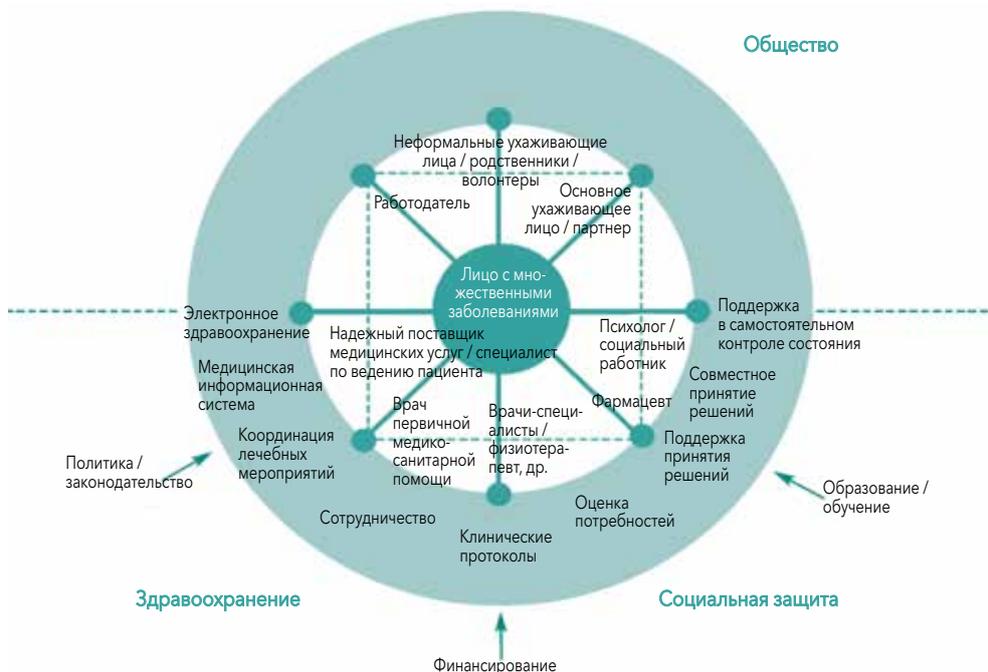


Ожирение возникает при ИМТ ≥ 30 кг / м².

Источник: Европейское региональное бюро ВОЗ, база данных «Здоровье для всех», 2017 год.

Ведется работа по перестройке системы здравоохранения, в которой все лечебные меры ориентированы на борьбу с конкретным заболеванием. Например, в Соединенном Королевстве Национальный институт здравоохранения и клинического совершенствования разработал национальное руководство по клинической оценке и лечению множественных заболеваний. Действительно, все больший объем данных клинической практики свидетельствует о необходимости разработки новой модели, предусматривающей более индивидуальный, комплексный, непрерывный подход к лечению, особенно в неблагополучных районах с точки зрения социально-экономического положения (Рис. 6).

Рисунок 6. Схема, визуализирующая комплексное медицинское обслуживание, ориентированное на нужды пациента с множественными заболеваниями



Источник: Rijken M et al. How to improve care for people with multimorbidity in Europe [Как улучшить медицинскую помощь в Европе, оказываемую лицам с множественными заболеваниями]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/337585/PB_23.pdf?ua=1).

Несмотря на признание необходимости новых подходов к оказанию первичной медико-санитарной помощи пациентам с хроническими и множественными заболеваниями, были отмечены основные препятствия, включая факторы, относящиеся к клинической практике, профессиональной подготовке специалистов, пациентам, группам населения и системе здравоохранения (Таблица 1).

Таблица 1. Препятствия для внедрения доказательной практики

Иновации (доказательная практика)	Внедряющее лицо (специалист)	Выгодоприобретатель (пациент или группа населения)	Системный контекст
<ul style="list-style-type: none"> • Осуществимость • Убедительность • Доступность • Привлекательность 	<ul style="list-style-type: none"> • Осведомленность • Знания • Навыки • Отношение • Принятие и убеждения • Мотивация к изменению • Привычные способы поведения 	<ul style="list-style-type: none"> • Знания • Навыки • Отношение • Соблюдение инструкций и предписаний 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Социальные вопросы:</u> мнения, культура, лидерство, сотрудничество • <u>Организационные вопросы:</u> структуры, процессы, персонал, ресурсы и потенциал • <u>Экономический и политический контекст:</u> финансы, правила и положения, цели и политика

Адаптировано из: Robertson R, Jochelson K. Interventions that change clinician behaviour: mapping the literature [Вмешательства, которые меняют поведение врача: анализ литературы]. London: The King's Fund; 2006 <https://www.nice.org.uk/Media/Default/About/what-we-do/Into-practice/Support-for-service-improvement-and-audit/Kings-Fund-literature-review.pdf>; Greenhalgh T, Roberts G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O. 2004. Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations [Распространение инноваций в сервисных организациях: систематический обзор и рекомендации]. Millbank Q. 2004;82(4):581-629 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15595944>); Wallace J, Nwosu B, Clarke M. Barriers to the uptake of evidence from systematic reviews and meta-analyses: a systematic review of decision makers' perceptions [Препятствия для сбора данных из систематических обзоров и мета-анализов: систематический обзор субъективных оценок лицами, принимающими решения]. BMJ. 2012;2(5) (<http://bmjopen.bmj.com/content/2/5/e001220>); Cabana M, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PAC et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement [Почему врачи не выполняют рекомендации по клинической практике? Механизмы улучшения]. JAMA. 1999;282(15):1458-65 (<http://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/192017>).

В качестве примера была приведена ситуация в Кыргызстане: в самых крупных городах долгосрочные тенденции показали усиление финансового бремени, связанного с медицинскими услугами, на группы населения с самым низким уровнем доходов. Финансовые и географические трудности при получении первичной медико-санитарной помощи, включая стоимость лекарств, привели к тому, что лечение стало недоступным, и в будущем предстоит внедрить контроль цен на лекарства.

Обсуждение

Обсуждение будущего первичной медико-санитарной помощи было преимущественно посвящено увеличивающейся сложности лечения людей с хроническими заболеваниями из-за роста сопутствующих заболеваний, связанных с этим проблем психического здоровья и долгосрочных проблем со здоровьем: деменцией, немощностью, социальной изолированностью и социальным отторжением. По общему мнению, ориентированный на лечение одного заболевания подход вряд ли будет применим в ведении хронических заболеваний, что требует перехода к более цельным подходам.

Один из ключевых подходов, предложенных Консультативной группой по вопросам первичной медико-санитарной помощи, заключается в том, чтобы уделять больше внимания мероприятиям по продвижению здорового образа жизни

и предупреждению (или отсрочке) сложных хронических заболеваний. Следовательно, приоритетной задачей первичной медико-санитарной помощи должно стать предупреждение заболеваний, в первую очередь за счет работы с наиболее уязвимыми группами людей.

Новые модели для первичной медико-санитарной помощи также должны сделать ее источником перемен, которые бы поощряли и способствовали социальной интеграции и принятию ответственности за улучшение здоровья общества. Раннее выявление и скрининг должны быть частью такой модели. Другой акцент делается на грамотности в области здравоохранения и новых стратегиях привлечения и расширения прав и возможностей людей в области поощрения здорового поведения. Акцент был сделан на новой роли пациентов в совместном оказании медпомощи, на необходимости улучшать навыки и мотивировать людей управлять своим здоровьем и своими социальными проблемами в повседневной жизни.

Был затронут вопрос поведения пациентов, в частности, многие люди не желают обращаться за первичной медико-санитарной помощью. Однако, по мнению большинства, не пациенты должны восприниматься как проблема, а модель предоставления медпомощи должна найти новые (неклинические) методы эффективного взаимодействия с людьми и позволить людям брать на себя большую ответственность за свое здоровье, где система здравоохранения будет выступать партнером.

Система управления здравоохранением, ориентированная на укрепление здоровья, профилактику ухудшения состояния здоровья и поощрение здорового образа жизни и здорового старения, предполагает интеграцию долгосрочной медпомощи и первичной медико-санитарной помощи: например, в области эффективной медпомощи и ухода на дому и на терминальных этапах жизни. Способность людей функционировать, охотно участвовать в социальной жизни и поддерживать высокое качество жизни должна восприниматься как важный результат эффективного взаимодействия. Поэтому ключевым посланием является необходимость привлечения общественного здравоохранения, социальной помощи, школ, общественных групп, неправительственных организаций, волонтеров и других партнеров для совместной работы и оказания помощи в области первичной медико-санитарной помощи для удовлетворения потребностей населения на местах.

В заключение, Консультативная группа по вопросам первичной медико-санитарной помощи подтвердила свою приверженность такому подходу к ведению хронических заболеваний, при котором акцент с ведения одного заболевания сместился бы на комплексный подход и на поддержку людей в достижении ими своих целей. Существуют острые проблемы, такие, как психическое здоровье, и в отношении заболеваний необходимо избегать неравенства финансирования, при котором ресурсы сосредоточены на нескольких ключевых заболеваниях (таких как диабет). Пациенты больше не должны быть объектом осуждения, они должны рассматриваться как активы, поскольку полностью вовлеченные пациенты приводят к более эффективным результатам. Следует также использовать технологические инновации для поддержки ведения хронических заболеваний на уровне первичной медико-санитарной помощи.





Перспективы для предоставления интегрированных медицинских услуг

Введение

В продолжение обсуждения изменений в потребностях здравоохранения проведены три сессии, в ходе которых были обозначены приоритетные направления интегрированных медицинских услуг и была затронута практическая сторона их реализации. К таким направлениям относятся:

- первичная медико-санитарная помощь и стационары;
- первичная медико-санитарная помощь и долгосрочная медицинская помощь; а также
- первичная медико-санитарная помощь и услуги общественного здравоохранения.

Интеграция первичной медико-санитарной помощи и стационаров

Фасилитатор Консультативной группы по первичной медико-санитарной помощи Nigel Edwards, Исполнительный директор фонда Nuffield Trust

Фасилитатор Консультативной группы по вопросам первичной медико-санитарной помощи в начале сессии обратился к вопросу будущих отношений между первичной медико-санитарной помощью и стационарами в более интегрированной системе здравоохранения. Внимание акцентировалось на том, что рост числа людей со сложными потребностями в медицинской помощи привело к увеличению ожиданий и повышению требований, предъявляемых в настоящее время к лечению. Однако, поскольку стационары в большей степени ориентируются на узких специалистов, становится осязаемой проблема комплексного подхода к лечению, усиливающая важность возникновения роли больничных врачей.

Вместе с этим, набор навыков в первичной медико-санитарной помощи для ведения сложных пациентов ограничен, и медицинские работники на этом уровне не в состоянии отвечать специфичным и многочисленным потребностям своих пациентов. Результатом этого становится тенденция централизации некоторых услуг в больничном секторе. Тогда как цель политики в целом направлена на обратное: сократить использование стационаров и содействовать развитию альтернатив на основе первичной медико-санитарной помощи.



Такое положение дел усугубляется сложными сопутствующими явлениями, которые во многих европейских странах проявляются в нехватке ресурсов, нехватке кадров и пробелах в навыках, регуляторных ограничениях (например, в расширении роли медсестер) и устаревшем порядке.

Стационары могут потенциально поддерживать и укреплять роль первичной медико-санитарной помощи несколькими способами, в том числе за счет:

- предоставления доступа к консультациям специалистов и помощи коллективам первичной медико-санитарной помощи, например, посредством видео, электронных и конференц-консультаций по отдельным случаям;
- обучения и подготовки для обеспечения ведения пациентов с острыми сложными заболеваниями на уровне первичной медико-санитарной помощи;
- быстрого доступа к методам диагностики, таким, как рентгеновское и ультразвуковое обследование, и результатам исследований;
- обеспечения эффективной передачи в цепи предоставления медпомощи (например, из стационара домой); а также
- изменения организации работы специалистов и условий их работы.

Успех зависит от готовности стационаров работать по разным бизнес- и операционным моделям, а не только в установленном порядке. Такая готовность может подразумевать разработку своего собственного варианта модели для поддержания здоровья населения или модели первичной медико-санитарной помощи (такой как, например, в Клинической больнице Барселоны) или модели предоставления помощи, которая будет более интегрирована с первичной медико-санитарной помощью через такие формы, как подотчетные системы медпомощи.

В свою очередь, первичная медико-санитарная помощь также должна адаптироваться за счет:

- инвестиций в оснащение учреждений и повышение компетенции для поддержки возможностей диагностики или выездных специалистов;
- расширения групп, которые работают со специалистами и могут лучше оказывать помощь людям с комплексными проблемами, включая новые роли – такие, как координаторы по предоставлению медпомощи, специалисты по ведению пациентов и практикующие специалисты;
- стандартизации подходов к лечению хронических состояний;
- использования инфраструктуры информационных технологий для содействия обмену информацией; а также
- расширения пакета предлагаемых услуг, например, в области управления лекарственными средствами, терапии, консультирования, обеспечения благосостояния и социального развития.

Для достижения этой цели первичной медико-санитарной помощи необходимо стать сетью намного большего масштаба, где будут сохранены локальные точки доступа,

но общие или объединенные ресурсы которой обеспечивают подспециализацию, например по диагностике, реабилитации или другим общим услугам.

Интеграция между стационарами и первичной медико-санитарной помощью потребует значительных системных изменений, в частности, в области согласования механизмов мониторинга, регулирования и оплаты, которые необходимы для поддержки новых подходов к медпомощи. Важное значение будет иметь образование и обучение для подготовки новых категорий медицинских специалистов и изменения соотношения «специалист – врач общего профиля». В целом, такие изменения потребуют проявления политической воли и четкого изложения преимуществ от преобразований для всех заинтересованных сторон на уровне стационаров и первичной медико-санитарной помощи.

Обсуждение

Прозвучало общее мнение о том, что отсутствие сотрудничества между первичной медико-санитарной помощью и стационарным сектором вызывает серьезную озабоченность. В частности, члены Консультативной группы по вопросам первичной медико-санитарной помощи подчеркнули, что по этой причине пациенты часто испытывают страх при переходе из стационара на уровень первичной медико-санитарной помощи. Часто отношения между первичной медико-санитарной помощью и стационарным сектором напоминают не сотрудничество, а конфликт, в котором обе стороны негативно воспринимают друг друга. Например, первичная медико-санитарная помощь часто воспринимается как уступающую по качеству и как сильно фрагментированная по сравнению со сравнительно стабильным и надежным стационарным сектором.

Часто в основе проблемы лежат вопросы межпрофессионального образования, культурных взаимоотношений, профессионального отношения и конкурирующих бизнес-моделей. Даже когда учреждения первичной медико-санитарной помощи имеют возможность распоряжаться собственными бюджетами, это не значительно усиливает их позицию в переговорах со стационарами. Таким образом, укрепление первичной медико-санитарной помощи потребует изменений в парадигме работы стационаров, для которых должна стать очевидной их роль в помощи и поддержке развития потенциала первичной медико-санитарной помощи. Однако, в настоящее время в отношениях между первичной медико-санитарной помощью и стационарами слишком часто царит застой, причем первичная медико-санитарная помощь в таких отношениях считается слабой стороной.

Члены Консультативной группы по вопросам первичной медико-санитарной помощи признали, что будущее первичной медико-санитарной помощи требует сильного и эффективного партнерства со стационарами. Устойчивые модели медпомощи требуют сокращения госпитализации и улучшения управления медикаментозным лечением, для чего инвестиции в первичную медико-санитарную помощь и стационарную помощь должны быть лучше сбалансированы. Единство целей и стремлений обеспечить здоровье людей и общее понимание высокого смысла работы рассматриваются как важные условия. Отмечены существенные предпосылки для эффективной совместной работы стационаров и первичной медико-санитарной помощи, включая следующие:

- специалисты в роли консультантов в системе первичной медико-санитарной помощи;
- улучшение преемственности оказания медпомощи и координации между первичной медико-санитарной помощью и стационарами;
- создание промежуточных учреждений по оказанию помощи в качестве вспомогательных учреждений для увеличения и/или снижения объема помощи при оказании услуг по реабилитации и восстановлению;

- и повышение доступности специалистов первичной медико-санитарной помощи в стационаре для помощи в управлении и координации медпомощи.

Более радикальное решение для будущего первичной медико-санитарной помощи и стационаров заключается в том, чтобы объединить их управление и регулирование в интегрированную модель предоставления услуг. Часть этой стратегии будет заключаться в попытке преодолеть часто конкурирующий характер взаимоотношений между первичной медико-санитарной помощью и стационарами, изменив приоритеты и стратегии, например, обязав первичную медико-санитарную помощь и стационары работать сообща для конкретного территориального образования. Это говорит о необходимости формирования нового мышления с ориентиром на интегрированную медицинскую помощь и изменения бизнес-модели как для первичной медико-санитарной помощи, так и стационаров, чтобы перенаправить их усилия и преимущества, например, на новые подотчетные модели медпомощи.

Члены Консультативной Группы по вопросам первичной медико-санитарной помощи сделали несколько основных выводов:

- Первичная медико-санитарная помощь требует поддержки стационаров и специалистов для усиления своей деятельности.
- Отношения не могут быть основаны на конфликте и противостоянии – должна быть создана новая рабочая система отношений.
- Первичная медико-санитарная помощь должна быть более масштабной и функциональной. Тем не менее, ошибочно полагать, что она требует постоянного расширения за счет новых услуг, ранее доступных в стационаре. Скорее, способ оказания таких услуг должен происходить из партнерских отношений, задачей которых является перепроектирование медицинских услуг.
- Стационары сами меняются и потенциально становятся более открытыми для поддержки первичной медико-санитарной помощи в будущем для повышения устойчивости предоставления медпомощи в более широком плане. Однако сложность для таких изменений создают различия в культурном, профессиональном, финансовом и политическом контекстах.
- Задача перекраивания отношений между первичной медико-санитарной помощью и стационарами выливается в более масштабную, чем мы думаем, программу трансформации, особенно в отношении будущих кадров.
- Несколько менее масштабных, дополняющих друг друга шагов для внедрения изменений могут быть более эффективными, чем радикальный процесс перестройки взаимоотношений. Цели и задачи изменений должны быть понятными всем с точки зрения их долгосрочного значения.

Интеграция первичной медико-санитарной помощи и сектора социального обеспечения

Модератор

Kai Leichsenring, Исполнительный директор Европейского центра политики и исследований в области социального обеспечения

Модератор сессии предложил изучить роль первичной медико-санитарной помощи в предоставлении долгосрочных медицинских услуг в плоскости секторов здравоохранения и социального обеспечения, затронув наиболее эффективные механизмы

предоставления услуг в учреждениях первичной медико-санитарной помощи. Целью сессии также стало изучение вопроса, какими могут быть передовые практики в будущей модели медицинской помощи и последствия трансформации систем оказания медпомощи в более интегрированное предоставление долгосрочных услуг между первичной медико-санитарной помощи и другими партнерами в области оказания помощи.

Как отметили предыдущие выступающие, будущие потребности людей в области здравоохранения и социального обеспечения таковы, что роль первичной медико-санитарной помощи все более усложняется. Например, есть основания предполагать рост спроса и возможностей в лечении деменции, помощи и уходе на терминальных стадиях жизни, долгосрочном уходе и помощи пожилым людям. Тем не менее, трудно определить масштаб роли первичной медико-санитарной помощи (в области предоставления услуг долгосрочной медпомощи) и понять её смысл и будущую цель. На Рисунке 7 показана потенциальная роль долгосрочной медпомощи в точке сопряжения с первичной медико-санитарной помощью.

Рисунок 7. Роль долгосрочной медицинской помощи в точке сопряжения с медицинской помощью и социальной помощью



Источник: Leichsenring K et al. Вена: Европейский центр политики и исследований в области социального обеспечения; 2013 (http://interlinks.euro.centre.org/sites/default/files/Grafik%20ltc_0.pdf).

Модератор отметил, что пациентов и пользователей услуг часто приводит в замешательство то, как устроена система здравоохранения и социального обеспечения, и оставляют разочарованными проблемы фрагментации, плохой координации, отсутствия информации и различные подходы к таким вопросам, как финансирование. В будущем такие регламентирующие документы, как Европейская рамочная программа действий по предоставлению интегрированных медицинских услуг, важно адаптировать к особенностям долгосрочной помощи и разработать комментарии для ухода за больными, системы неформальной помощи, требований к навыкам кадров и взаимодействия секторов.

К ключевым вопросам, которые необходимо решить в области укрепления интеграции первичной медико-санитарной помощи и долгосрочной помощи, относятся:

- определение потребностей в помощи и поддержке в секторе здравоохранения и социального обеспечения;
- поддержка совместного принятия решений;
- работа в партнерстве;
- содействие совместной работе между профессионалами и неформальными оказывающими лицами;

- определение и признание новых профессиональных ролей, таких как менеджеры по ведению случаев;
- организация совместного обучения и подготовки таких групп, как команды первичной медико-санитарной помощи и команды по уходу на дому;
- обмен информацией между профессиональными группами, например, посредством коммуникационных технологий и доступа к общим данным;
- улучшение безопасности медикаментозного лечения и снижение ошибок в лечении; а также
- совместное использование методов управления качеством.

Внедрение изменений в направлении более интегрированного реагирования систем здравоохранения и социального обеспечения на потребности в долгосрочной медпомощи – непростая задача. Ее решение потребует создания сетей между секторами, выработки единых целей, наращивания потенциала местных команд, развития и совершенствования организационной культуры на основе участия. Это создает возможности для открытых

Вставка 4

Два примера передовой практики интеграции первичной медико-санитарной помощи и долгосрочной помощи

Услуги по реабилитации и восстановлению в Дании

Цель. Целенаправленные, ограниченные во времени, целевые вмешательства, направленные на реабилитацию потери нормального функционирования организма. Безопасные, учитывающие местную культуру и менталитет, адаптируемые во всех контекстах здравоохранения и социального обеспечения услуги.

Подход. Услуги на всех уровнях обслуживания в качестве неотъемлемой части руководства по клинической практике предоставляются:

- на дому клиентов (в местных общинах);
- мультидисциплинарными командами, с эффективным использованием вспомогательных технологий; а также
- при тесном сотрудничестве между системой здравоохранения, вспомогательным практикующим персоналом, социальными работниками и членами семей пациентов (не всегда под руководством клинициста).

Результаты. Результаты поддаются измерению в разных клинических сферах, и они эффективно интегрированы в существующие клинические пути.

Преобразование ухода на дому по модели Vuurtzorg в Нидерландах

Цель. Комплексный уход на дому, предоставляемый медсестрами общин в самостоятельных командах.

Подход

- Вовлечение всех сил в округе и тесное сотрудничество с первичной медико-санитарной помощью.
- Переход от оценки к планированию и координации медицинской помощи.
- Управление численностью пациентов: например, если у команды из 12 человек их более 50, в соседнем районе создается новая группа.

Результаты

- Снижение затрат и повышение качества (удовлетворенность жителей и персонала).
- Снижение накладных расходов, меньшее количество часов на уход, делегирование задач первичной медико-санитарной помощи.
- Использование информационных технологий и системы управления качеством Omaha.
- Работодатель года.
- Расширение от одной команды (2007) до более, чем 900 (2017).

дебатов и двустороннего обучения – и поиска решения для совместного финансирования, включая переход от модели платных услуг к модели финансирования на основе объединения бюджетов (например, за счет общей экономии средств).

Были представлены два примера передового опыта: реабилитационные и восстановительные услуги в Дании и модель помощи на дому организации Buurtzorg в Нидерландах (Вставка 4). Оба случая касались оказания услуг на дому небольшими и хорошо подготовленными (состоящими из специалистов) междисциплинарными командами, в которых ведущая роль отводилась местным медсестрам. Для этих моделей характерно то, что они опираются на первичную медико-санитарную помощь, в них отсутствует иерархия, менеджеры заменены инструкторами и поддержкой. В каждом случае демонстрируется целостностный подход, который является одной из основных концепций первичной медико-санитарной помощи. В заключение модератор отметил, что интеграция здравоохранения и социальной помощи будет проходить в несколько этапов от ситуации полной сегрегации к ситуации интеграции (Таблица 2).

«Виртуальные» выступления

На Европейском форуме пациентов было подчеркнуто, что в будущем первичная медико-санитарная помощь должна будет значительно измениться, чтобы быть готовой к решению будущих задач долгосрочной медпомощи. Например, многие люди, страдающие хроническими и сопутствующими заболеваниями, вероятно, будут также нуждаться и в долгосрочном лечении. Здесь нужна лучшая координация, но также и более тесное взаимодействие с самими пациентами, особенно со стороны ухаживающих лиц. Они представляют собой основной ресурс для оказания потенциально возможных услуг. В этом смысле неформальная медицинская помощь и уход являются важным, но недооцененным ресурсом.

Участники встречи высказались за более пристальное рассмотрение роли первичной медико-санитарной помощи и профилактики заболеваний в таких областях, как потребление алкоголя и табака и борьба с нищетой. Следует подчеркнуть роль первичной медико-санитарной помощи в осуществлении мер социального характера. Возможности также лежат в плоскости использования новых технологий, реформы финансирования и подготовки новых профессиональных кадров, обладающих навыками работы в сфере первичной медико-санитарной помощи и долгосрочного ухода.

Таблица 2. Этапы интеграции здравоохранения и социального обеспечения для оказания долгосрочной помощи

	Разделение	Наличие связей	Координация	Интеграция
Модель помощи	Независимая работа секторов	Слабые связи по конкретным состояниям или событиям (например, выписка)	Профилактика и удовлетворение потребностей посредством комплексных пакетов услуг, охватывающих секторы здравоохранения и социальной защиты.	Специалисты в области здравоохранения и социальной защиты предоставляют индивидуальную, комплексную и непрерывную помощь
Организация поставщиков услуг	Фрагментированная медицинская помощь между различными уровнями и секторами, с акцентом на роли специалистов, фрагментированная медико-санитарная информация	Связи в пунктах перехода между уровнями системы здравоохранения и секторами, ориентированность на специалистов, ограниченный обмен информацией	Сотрудничество внутри уровня и между уровнями системы здравоохранения и секторами, координаторы по оказанию помощи, обмен информацией	Полностью интегрированные междисциплинарные команды между секторами здравоохранения и социальной защиты, единые точки доступа, полный обмен информацией
Управление услугами	Принятие решений и распределение ресурсов – сверху вниз и по отдельности	Принятие решений и распределение ресурсов проходит изолированно внутри секторов	Секторы сохраняют свою независимую идентичность; акцент на качестве медицинской помощи и эффективном использовании ресурсов внутри сектора и между секторами	Общие цели и мобилизация ресурсов из разных секторов; здоровье и благосостояние населения
Непрерывное повышение эффективности	Качество ресурсов. Фокус на лицензировании кадров, аккредитации учреждений, операционных стандартах	Качество результатов. Фокус на стандартизации практик с помощью руководств, кураторства.	Качество процессов. Фокус на процессах обеспечения качества, непрерывности обслуживания, гибкости и механизмах обратной связи.	Качество результатов. Фокус на промежуточных и конечных результатах для пользователей, стратегическом управлении и удовлетворенности пользователей услуг
Поддержка неофициальной или альтернативной модели предоставления помощи и ухода	Нескоординированная поддержка или связи с неформальными опекунами в секторах здравоохранения и социального обеспечения	Признание неформальных опекунов, но их ограниченное или косвенное участие в процессах принятия решений	Неофициальные опекуны работают вместе со специалистами и консультируются с ними в процессе принятия решений; потребности опекунов оцениваются и учитываются при разработке планов оказания помощи	Полное включение неформальных опекунов в разработку плана оценки потребностей и плана по уходу; соответствующие и индивидуальные меры поддержки опекунов (консультирование и кратковременная госпитализация вместо помощи опекуна)

По материалам Европейской рамочной программы действий по предоставлению интегрированных медицинских услуг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/315787/66wd15e_FFA_IHSD_160535.pdf).

Представитель Европейской федерации социальных работников подчеркнул важность вклада социального работника, особенно в плане поддержки долгосрочной помощи и оказания психологической и социальной помощи. Было сказано о том, что будущие модели помощи должны обладать значительной гибкостью, чтобы удовлетворять

постоянно меняющиеся потребности. Также была подчеркнута значимость командной работы, роль координаторов по оказанию помощи и гибкий подход к разграничению работы. Необходимо поддерживать мультидисциплинарные команды через обучение и подготовку, а также помощь в разработке новых стандартов совместной работы.

Представитель Ассоциации физиотерапевтов Швеции подчеркнул, что ведение людей, нуждающихся в долгосрочной помощи, требует значительной гибкости в организации работы между различными специалистами. Услуги должны быть скоординированы во-круг потребностей людей. Для этого нужна культура совместной работы

«Одной профессии недостаточно – мы должны работать вместе»

Helena Pера, Исполнительный директор Ассоциации физиотерапевтов Швеции

на первые роли, помогать им с образованием и знанием своих прав, оказывать психологическую помощь. ВОЗ полностью признает роль неформальных лиц, осуществляющих уход за пациентом, но требуются еще изменения в культуре и образе мышления.

Подводя итог, модератор указала на то, что комплекс задач для первичной медико-санитарной помощью, безусловно, может расти, но сначала необходимо разобраться с фундаментальной ролью первичной медико-санитарной помощи. Первичной медико-санитарной помощи, в плане ли долгосрочной помощи и ухода или в других секторах, постоянно назначаются новые роли, и это вызывает необходимость переосмысления ее основ, чтобы прийти к общему пониманию. Будущее с интегрированной первичной медико-санитарной помощью и долгосрочным уходом принесет важность понимания того, что врач (врач общей практики) перестанет быть центральной фигурой, а вместо этого роли будут перераспределены между несколькими профессионалами, ответственность и полномочия будут делегированы командам.

Интеграция первичной медико-санитарной помощи и служб общественного здравоохранения

Фасилитатор Консультативной группы по первичной медико-санитарной помощи Salman Rawaf, Директор, Сотрудничающий центр ВОЗ по образованию и обучению в области общественного здравоохранения, Имперский колледж Лондона

На этой сессии была рассмотрена роль служб общественного здравоохранения в рамках первичной медико-санитарной помощи. В частности, говорилось

По утверждению представителя ассоциации Eurocarers, в Европейском союзе насчитывается более 100 миллионов лиц, осуществляющих уход за людьми, но их роль не замечается или недооценена. Неформальные опекуны и их семьи самостоятельно несут около 50-90% расходов, возникающих в ходе предоставления долгосрочной помощи. Это означает, что новые модели должны более эффективно помогать неформальным опекунам в плане доступа к информации, консультациям и обучению, в которых они нуждаются. Первичная медико-санитарная помощь призвана играть важную роль в признании партнерской роли пациентов и опекунов в оказании долгосрочной помощи, особенно потому, что те знают своих лиц, осуществляющих уход за пациентом, и поставщиков. Поэтому специалистам первичной медико-санитарной помощи необходимо выдвигать опекунов в секторе здравоохранения и социального обеспечения

Вставка 5

Первичная медико-санитарная помощь и службы общественного здравоохранения: пример центров здорового образа жизни в Англии

Создание центров здорового образа жизни в Англии проводилось в рамках соответствующей стратегии в период с 2000 по 2007 годы. Эта политика отражала новый способ работы по поддержке служб здравоохранения в сообществах посредством внедрения более целостного подхода к здоровью. Большинство центров здорового образа жизни предоставляли широкий и разнообразный спектр услуг, направленных на устранение неравенства в доступе к услугам здравоохранения в местных сообществах по нескольким направлениям. Центры здорового образа жизни были отделены от остальной части системы медико-санитарной помощи, включая врачей общей практики и другие службы на уровне сообществ (в т.ч. сестринские службы на уровне округа или района). Целью инициативы было предоставить новый источник услуг для удовлетворения социальных, эмоциональных и комплексных потребностей в области здравоохранения.

Деятельность различных центров здорового образа жизни в Англии включала:

- предоставление консультаций, помощи и ухода;
- преподавание навыков в области здоровья членам местного сообщества;
- поддержка самопомощи;
- предоставление эмоциональной поддержки;
- предоставление консультаций по вопросам социального обеспечения и финансовой помощи; а также
- борьба с социальной изоляцией (и исключением) путем проведения целого ряда социальных мероприятий.

Оценка деятельности центров показала, что они успешно охватили наименее защищенные группы и людей с наибольшими потребностями в защите здоровья, хотя охват таких людей часто был затруднительным. Несмотря на признание заслуг модели центров здорового образа жизни, она не встретила значительной поддержки.

о потенциальной значимости движения первичной медико-санитарной помощи к концепции общины как центра здорового образа жизни. В этой связи фасилитатор группы заявил, что обновленная первичная медико-санитарная помощь не обязательно означает непосредственное предоставление медицинских услуг, а может означать мобилизацию ресурсов и активов для влияния на результаты в контексте здоровья. Под этим подразумевается концепция подотчетной системы медицинской помощи, согласно которой населенные пункты и сообщества стремятся интегрировать медицинскую помощь в единую структуру управления в интересах местного населения.

В поддержку этого было высказано мнение, что необходима новая платформа для первичной медико-санитарной помощи, центральной функцией которой должно быть улучшение здоровья населения. Поэтому в будущем будет важно, чтобы службы первичной медико-санитарной помощи работали как внутри сообщества, так и вместе с ним. Инициатива центра здорового образа жизни в Англии в период с 2000 по 2007 годы является рабочим примером такого подхода, который продемонстрировал положительные результаты (Вставка 5). Несмотря на это, инициатива была, в конечном счете, недолговечной из-за отсутствия политической поддержки со стороны государственных органов.

Это указывает на важный момент, что общественному здравоохранению слишком часто отдается роль второго плана в первичной медико-санитарной помощи, нежели главная, как было первоначально предусмотрено Алма-Атинской Декларацией. Поэтому для развития первичной медико-санитарной помощи следует закреплять успех в охвате услугами и доступе к первичной медико-санитарной помощи, но в современных условиях стремиться в направлении более комплексного

подхода к первичной медико-санитарной помощи, а не максимального охвата, как ранее. Это требует приверженности принципу «здоровье для всех» и такой модели первичной медико-санитарной помощи, в которой центральное место занимают межсекторальное сотрудничество и общественное здравоохранение, а также стремление улучшать здоровье населения в масштабах местных сообществ.

Подход, ориентированный на здоровье населения, потребует новых навыков для оценки потребностей населения (включая соответствующие данные) в области здравоохранения и механизмов для работы с местным сообществом для определения приоритетов. Он также признает необходимость первичной медико-санитарной помощи воздействовать на экологические и социально-экономические факторы ухудшения здоровья. Сюда входят, например, загрязнение воздуха, изменение климата, проектирование городов, безопасность воды, социальная стабильность и многие другие вопросы, которые, в конечном счете, влияют на здоровье и благополучие людей.

Возможностей одной только первичной медико-санитарной помощи может быть для этого недостаточно, поэтому основной вопрос заключается в том, какую вспомогательную роль она может играть наряду с другими секторами и партнерами для достижения цели. Движение к подотчетным организациям и системам предоставления помощи во многих частях света стремится, таким образом, интегрировать цели и деятельность этого более широкого круга секторов и партнеров, и особенно местных сообществ. И действительно, первичная медико-санитарная помощь во многих странах начала полностью осознавать свою роль в содействии общественному здравоохранению.

Обсуждение

Члены Консультативной группы по первичной медико-санитарной помощи положительно отнеслись к концепции, предусматривающей межсекторальную партнерскую деятельность в местных сообществах, направленную на улучшение общественного здравоохранения и повышение устойчивости. Вместе с тем была обозначена проблема, связанная с существующими представлениями об общественном здравоохранении и о подходах к охране здоровья населения, поскольку такие подходы, применяемые на протяжении длительного периода времени, не всегда дают ощутимые результаты. Поэтому реальность заключается в том, что в рамках первичной медико-санитарной помощи не уделяется должного внимания вопросам общественного здравоохранения, и что существующая традиционная практика предоставления помощи сохраняется. Стремление изменить устоявшуюся практику со временем сталкивается с серьезными препятствиями, связанными с инерцией сложившихся методов работы.

Еще одна проблема, касающаяся интеграции общественного здравоохранения в сферу первичной медико-санитарной помощи, связана с заблуждением, что первичная медико-санитарная помощь может решить все проблемы. Несмотря на значительный потенциал в сфере улучшения здоровья населения, при нынешнем недофинансировании (которое отражается, в первую очередь, на кадрах) первичная медико-санитарная помощь не способна решать подобные задачи на должном уровне. В будущем будет важно определить роль и ожидаемые результаты первичной медико-санитарной помощи, хотя предполагается, что ее ключевая роль заключается в поддержке участия сообщества и поведенческих вмешательствах, которые будут направлены на расширение прав, возможностей и участия людей в вопросах управления их здоровьем. Важно каждое обращение за услугами в рамках первичной медико-санитарной помощи, поэтому необходимо использовать любую возможность, чтобы оказать поддержку в проведении мероприятий, направленных на охрану общественного

здоровья. Однако, как и в случае с центрами здорового образа жизни, мероприятия по формированию здорового образа жизни и профилактическая работа проводятся, в основном, в отрыве от деятельности учреждений первичной медико-санитарной помощи.

Члены Консультативной группы по первичной медико-санитарной помощи высказали мнение, что полезным инструментом могло бы стать картирование того, как первичная медико-санитарная помощь могла бы содействовать более широкому подходу к управлению общественным здравоохранением. Было отмечено, что такие попытки уже предпринимались на конференции, посвященной 35-й годовщине Алма-Атинской декларации, где обсуждались вопросы дублирования функций здравоохранения и первичной медико-санитарной помощи. В ходе данного обсуждения была отмечена ключевая роль первичной медико-санитарной помощи в профилактике заболеваний, проведении скрининга и укреплении здоровья. Более того, подход требует комплексного влияния как на здоровье отдельного человека, так и на здоровье населения в местных сообществах. Во многих странах такая профилактическая работа проводится ежедневно в рамках первичной медико-санитарной помощи, и этот потенциал необходимо будет усилить в будущем. В качестве примера данного подхода были приведены центры общественного здоровья в Бельгии (Вставка 6). Перспективным направлением считается продвижение первичной медико-санитарной помощи как главного компонента системного подхода к профилактике заболеваний и укреплению здоровья населения определенных географических регионов.

Вставка 6

Первичная медико-санитарная помощь на практике: центры общественного здоровья в Бельгии

В центрах общественного здоровья в Бельгии на практике демонстрируется модель первичной медико-санитарной помощи, которая обеспечивает предоставление пакета услуг, ориентированных на нужды населения. Подчеркивается всеобщая доступность медицинского обслуживания, ориентированность на нужды людей, комплексность услуг и ответственность медицинских центров за состояние здоровья обслуживаемого населения. Также подчеркивается командный подход к оказанию услуг. Формируется команда специалистов, которые представляют более 10 направлений, включая семейных врачей, медсестер, социальных работников, психологов и физиотерапевтов. Для оплаты услуг центров используется подушевой принцип, основанный на совместном подсчете пациентов семейных врачей, физиотерапевтов и медсестер. Ставка рассчитывается на основе потребностей пациентов, зарегистрированных в электронной системе за определенный период. Контракт заключается между национальной системой социального обеспечения и центрами общественного здоровья. Совместная работа специалистов разных направлений обеспечивает предоставление комплексного пакета услуг, делегирование задач, а также более полное соответствие требованиям. Модель оплаты стимулирует профилактику заболеваний и повышение качества услуг.

Медсестры в центрах играют ключевую роль в предоставлении неотложной медицинской помощи после часов приема, а также в обслуживании на дому, совмещая работу в медицинском центре и непосредственно с населением. Данный подход лучше всего характеризуют инициативы, направленные на выявление районов, где необходимо проводить мероприятия по улучшению охраны здоровья.

Чтобы устранить ряд факторов риска развития хронических состояний и быстрого прогрессирования заболеваний десен, центры проводят работу с фокус-группами, которая позволяет изучить, насколько население грамотно в вопросах гигиены полости рта, а также проводить скрининг состояния зубов у детей. По результатам

исследований в центрах была начата кампания с привлечением студентов-стоматологов, а также внедрена новая практика первичной стоматологической помощи. Данные мероприятия показывают ориентированность центров на нужды населения и их проактивную позицию в улучшении конечных показателей здоровья.

Тематическая сессия: кадровые ресурсы первичной медико-санитарной помощи

Модератор

Ellen Kuhlmann, старший научный сотрудник Института экономики, труда и культуры, Франкфуртский университет имени Иоганна Вольфганга Гёте

Первую тематическую сессию модератор начала с доклада о текущем исследовательском проекте, посвященном тому, какие компетенции могут потребоваться кадрам первичной медико-санитарной помощи в будущем². В рамках проекта проведены ситуационные исследования в нескольких европейских странах (в том числе в Германии, Испании, Латвии и Швеции). Главным выводом исследования стало отсутствие достоверных данных, необходимых для полной оценки кадров первичной медико-санитарной помощи. Кроме того, был сделан вывод о том, что численность и квалификационный состав персонала, компетенции и роли сильно различаются в разных странах.

Например, в Испании существует профессиональная культура первичной медико-санитарной помощи, которая предполагает большие команды медиков разных специализаций и интегрированные организации поставщиков. Несмотря на то, что первичная медико-санитарная помощь считалась необеспеченной всеми необходимыми ресурсами, ориентированность на потребности сообщества, способствующая вовлечению пациентов, и формы многопрофильного образования были ведущими факторами развития компетенций трудовых ресурсов. В Швеции, где так же много усилий направляется на первичную медико-санитарную помощь, создание восходящей структуры первичной медико-санитарной помощи позволяет объединить множество групп через образование и обучение, а также через национальные и региональные механизмы управления, способствующие вовлечению всех заинтересованных сторон.

Исследование позволило сделать вывод, что в Европе необходимо расширять модели первичной медико-санитарной помощи. Необходимо продолжать работу, направленную на вовлечение пациентов, ухаживающих лиц и местных сообществ, а усовершенствованная система управления и подотчетности позволит объединить многопрофильных поставщиков для обеспечения согласованной поддержки первичной медико-санитарной помощи. Исследование также подчеркнуло недостаточное использование возможностей профессиональных ассоциаций и важность усиления связи между этими ассоциациями и сектором образования.

Обсуждение

Консультативная группа по первичной медико-санитарной помощи полностью поддержала заключение о том, что кадры нуждаются в развитии компетенций, особенно в свете того, что в будущем в первичной медико-санитарной помощи будут появляться новые роли и новые способы командной работы. Значительная часть этих компетенций связана с новыми коммуникационными навыками: например, эмоциональный интеллект для работы в команде; умение вовлекать пациентов, а также защищать и реагировать на их потребности; умение поддерживать эффективную коммуникацию с партнерами в процессе оказания медицинской помощи; и способность поддерживать культуру непрерывного обучения и прозрачности в работе.

Langins M., Borgermans L. (2015). Strengthening a competent health workforce for the provision of coordinated/integrated health services [Повышение компетентности работников здравоохранения для обеспечения скоординированных/интегрированных медицинских услуг]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/288253/HWF-Competencies-Paper-160915-final.pdf).

Следовательно, будущие кадры должны будут уметь вести совместную работу с другими специалистами и ведомствами, то есть обладать социальными компетенциями, позволяющими создать совместный потенциал, необходимый для предоставления эффективных медицинских услуг в будущей модели первичной медико-санитарной помощи. Это может потребовать увеличения количества часов обучения на рабочем месте, которое получают профессиональные сотрудники для повышения квалификации.

Консультативная группа по первичной медико-санитарной помощи также хотела изучить вопрос о том, как будет осуществляться управление новыми ролями и компетенциями кадровых ресурсов, чтобы разграничение ролей и взаимозаменяемость в выполнении задач могли бы повысить ценность обслуживания. Было высказано опасение, что такие подходы часто имели совсем другую мотивацию снижения издержек и обеспечения технической эффективности. Между профессионалами часто возникают конфликты, поэтому решение таких вопросов также имеет большое значение.

Консультативная группа по первичной медико-санитарной помощи признала отсутствие детального понимания, какие навыки и компетенции потребуются будущим специалистам первичной медико-санитарной помощи в рамках модели предоставления интегрированных услуг здравоохранения. В качестве возможной отправной точки для очерчивания круга таких компетенций было предложено дерево WONCA (Рис.8), представляющее набор основных компетенций для семейной медицины. Концепция WONCA тесно связана с направлением, в рамках которого происходит развитие первичной медико-санитарной помощи. Было рекомендовано участие Консультативной группы по первичной медико-санитарной помощи в устранении этого пробела в знаниях.

В заключение было подчеркнуто, что на уровне первичной медико-санитарной помощи существует значительная потребность в развитии новых компетенций кадровых ресурсов, поскольку роль и функции первичной медико-санитарной помощи находятся в процессе адаптации и изменения. Существует множество способов, позволяющих обеспечить эффективные кадровые ресурсы в разных обстоятельствах и условиях, но одно из обязательных условий заключается в том, что процесс должен осуществляться с участием местного сообщества, персонала первичной медико-санитарной помощи и других заинтересованных сторон. Подразумевается обязательное участие сектора образования, включая медицинские университеты и колледжи, в качестве ключевых партнеров в цикле повышения компетенций³.

Рисунок 8. Дерево WONCA: основные компетенции семейной медицины



Источник: Allen J et al. European definition of general practice/family medicine. [Европейское определение общей врачебной/ семейной практики.] Ljubljana: WONCA Europe, 2011.

Тематическая сессия: инициативы по повышению эффективности первичной медико-санитарной помощи

Модератор

Juan Tello, глава Европейского центра ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи, Отдел систем здравоохранения и охраны общественного здоровья, Европейское региональное бюро ВОЗ

Заключительная сессия совещания Консультативной группы по первичной медико-санитарной помощи включала презентации и панельную дискуссию, посвященные подходам к пониманию и оценке эффективности первичной медико-санитарной помощи. Участники сессии обсудили ряд механизмов, разрабатываемых и принятых в области первичной медико-санитарной помощи в целях изучения общих компонентов и синергии в рамках этих инициатив.

Инструмент ВОЗ по оценке потенциала и эффективности первичной медико-санитарной помощи в Европе

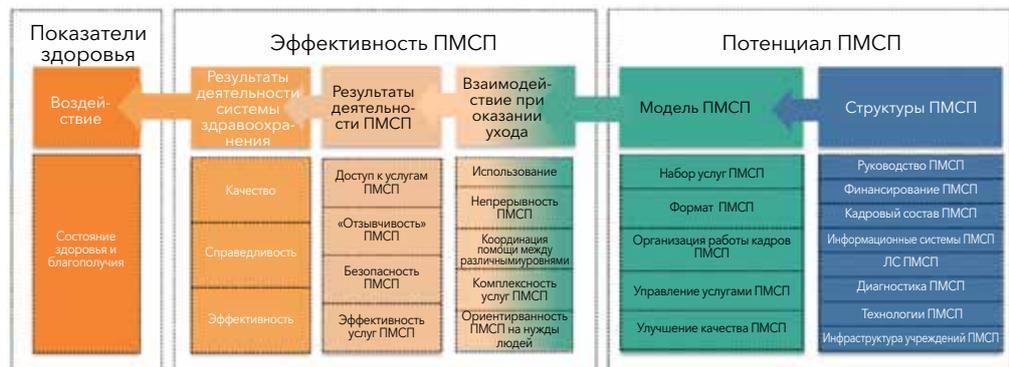
Инструмент мониторинга первичной медико-санитарной помощи в Европе (Primary Health Care Activity Monitor, PHAMEU) был одним из первых инструментов, разработанных в Европейском регионе ВОЗ для оценки эффективности первичной медико-санитарной помощи в Европе и анализа детерминант и результатов создания сильной системы первичной медико-санитарной помощи. Проект реализовывался с 2007 по 2010 годы при финансовой поддержке Европейской комиссии и Нидерландского института исследований служб здравоохранения. В результате была разработана структура мониторинга на основе имеющихся инструментов и собраны и проанализированы сравнительные данные по 31 стране.

Одобрение Европейской рамочной основы для действий по организации интегрированного предоставления услуг здравоохранения обозначило готовность активизировать работу по оценке процессов предоставления услуг на базе имеющихся данных в региональном контексте. Первоочередной целью мониторинга при этом является проведение комплексной экспертизы на предмет учета и обновления соответствующих индикаторов.

Инструмент оценки эффективности и потенциала первичной медико-санитарной помощи (PHC-PACT) (Рис. 9) – ответная мера Регионального бюро, направленная на совершенствование оценки процессов предоставления услуг здравоохранения. Целью данного инструмента является выявление взаимосвязи между потенциалом основных структурных и проектных компонентов в плане оказания первичной медико-санитарной помощи и ее последующего воздействия на эффективность и конечные показатели здоровья, в том числе с точки зрения пациентов, служб и системы здравоохранения.

Инструмент PHC-PACT разработан на основе PHAMEU совместно с Сотрудничающим центром ВОЗ по вопросам качества и социальной справедливости систем первичной медико-санитарной помощи, работающим на базе Академического медицинского центра Амстердамского университета. Первоначально он будет использоваться странами на пилотной основе. Его цель состоит в сборе и анализе данных от государств-членов в 2018 году для подготовки ключевых сообщений для юбилейной конференции, посвященной 40-годовщине Алма-Атинской декларации.

Рисунок 9. Структура Инструмента оценки эффективности и потенциала первичной медико-санитарной помощи



Примечание: РС – первичная медико-санитарная помощь.
 Источник: Европейский центр ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи, 2017 г.

Инициатива по эффективной первичной медико-санитарной помощи (ИЭПМСП)

Фонд Билла и Мелинды Гейтс, Группа Всемирного Банка и ВОЗ официально приступили к реализации Инициативы по эффективной первичной медико-санитарной помощи (ИЭПМСП) в 2015 году. ИЭПМСП представляет собой партнерство, объединяющее политиков, руководителей системы здравоохранения, практиков, сторонников и других партнеров по развитию в целях совершенствования первичной медико-санитарной помощи в странах с низким и средним уровнем доходов посредством внедрения более эффективных инструментов оценки и обмена знаниями. Цель инициативы – повышение ответственности и предоставление ответственным лицам необходимой информации для реализации улучшений. Чтобы обеспечить возможность практического применения данных и принятия решений на их основе, в рамках партнерства будет также создана платформа, на которой страны смогут обмениваться выводами и передовой практикой.

Главная цель ИЭПМСП – ускорение инвестиций и усовершенствований в системах первичной медико-санитарной помощи в странах с низким и средним уровнем доходов в целях достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения. Ближайшей целью является разработка глобальной системы показателей, которая будет отражать эволюцию первичной медико-санитарной помощи в динамике, т.е. укрепление, ослабление или стагнацию системы первичной медико-санитарной помощи в той или иной стране. Благодаря этой информации страны, доноры и другие заинтересованные стороны смогут направлять инвестиции в укрепление необходимых компонентов систем первичной медико-санитарной помощи (Рис. 10).

Вкратце, ИЭПМСП стремится создать концептуальную основу, которая даст общее определение первичной медико-санитарной помощи и ее основным компонентам. Затем, согласно этим основным компонентам, будут выявлены сильные стороны различных систем здравоохранения, в частности: степень приоритетности первичной медико-санитарной помощи в системе здравоохранения; наличие достаточного потенциала для поддержки первичной медико-санитарной помощи на всех уровнях; предоставление услуг доступным и скоординированным образом; предоставление системой первичной медико-санитарной помощи поддержки на всех этапах жизни; улучшение показателей здоровья и обеспечение справедливого доступа к помощи благодаря таким подходам.

Рисунок 10. Подход в рамках Инициативы по эффективной первичной медико-санитарной помощи



Источник: Инициатива по эффективной первичной медико-санитарной помощи, 2016 г.

Под руководством ВОЗ в 2017 году ИЭПМСП разработает комплексные показатели для каждой сферы. Они будут представлять собой простые предсказуемые индикаторы эффективности первичной медико-санитарной помощи, которые позволят отследить укрепление, ослабление или стагнацию системы с течением времени. Комплексные показатели будут использоваться для запуска в 2018 году систем индикаторов первичной медико-санитарной помощи.

Оценка первичной медико-санитарной помощи ОЭСР

Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) представила свой подход к оценке качества первичной медико-санитарной помощи. В рамках данного подхода обеспечивается анализ и сопоставление фактических данных, существующих тематических исследований по странам и обмен передовыми практиками. Концепция ОЭСР по повышению качества медицинской помощи включает три основных направления: эффективность, безопасность и ориентированность на пациента.

В рамках оценки систем здравоохранения ОЭСР сопоставляет данные о:

- профилактических мероприятиях, таких как вакцинация и скрининг;
- помощи пациентам с хроническими состояниями (например, индикаторы ведения диабета);
- опыте пациентов (например, совместное принятие решений).

Постоянным направлением работы является Обзор индикаторов на основе информации от пациентов (PaRIS) (Patient-Reported Indicators Survey, PaRIS). В сотрудничестве с международными партнерами используются данные оценки результатов оказания медицинской помощи с точки зрения пациентов (patient-reported outcome measures, PROM), опыта пациентов (patient-reported experience measures, PREM) и оценки инцидентов пациентами (patient-reported incident measures, PRIM) с определенными состояниями (например, рак, травмы тазобедренного и коленного сустава, острый инфаркт миокарда, сердечно-сосудистые заболевания, психические заболевания) и комплексными потребностями (хронические заболевания и сопутствующие состояния).





Итоговое заявление

На первом совещании Консультативной группы по первичной медико-санитарной помощи был сделан вывод, что Алма-Атинская декларация 1978 года остается сегодня такой же актуальной, как и почти 40 лет назад. Об этом свидетельствуют глобальные, региональные и национальные программы укрепления систем здравоохранения во всем мире и, в частности, в Европейском регионе, которые разрабатываются в последние годы и в каждом случае подтверждают видение концепции первичной медико-санитарной помощи и ее принципов.

Изменения, определяющие повестку дня первичной медико-санитарной помощи, ее актуальность и срочность включают, в частности: демографические и эпидемиологические изменения, приводящие к увеличению количества людей с хроническими состояниями, нуждающихся в постоянной и неотложной помощи; масштабы множественных заболеваний, ведущие к росту числа пациентов, принимающих одновременно несколько лекарств, что требует скоординированных планов лечения; расширение пробелов в здравоохранении под влиянием детерминант здоровья, включая растущее бремя, которое несут неформальные ухаживающие лица, сталкивающиеся с неоправданными рисками для здоровья; а также растущие раскол и фрагментация в обществе, требующие принятия мер по повышению социальной сплоченности. Первичная медико-санитарная помощь играет важную роль в каждом из этих контекстов.

В этой связи понимание потенциала первичной медико-санитарной помощи как одного из средств достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения и обеспечения всеобщего доступа к ним в целях удовлетворения этих потребностей требует обновленного подхода. Новое видение первичной медико-санитарной помощи должно переосмыслить первоначальные тезисы Алма-Атинской декларации в контексте текущих потребностей и систем здравоохранения. Отвечая на основные вопросы первого совещания Консультативной группы по первичной медико-санитарной помощи: как будет выглядеть первичная медико-санитарная помощь в 2030 году и что нужно делать системам здравоохранения, чтобы реализовать это видение, – члены Консультативной группы по первичной медико-санитарной помощи подчеркнули следующее.



1. Будущее первичной медико-санитарной помощи связано с реализацией подхода, основанного на охране здоровья населения

Задачи первичной медико-санитарной помощи включают не только обеспечение охвата услугами здравоохранения или предоставление доступа к ним за счет населения, но и, главное, – улучшение показателей здоровья. Будущие потребности в области здравоохранения будут определяться демографическим бременем заболеваний, что потребует смещения акцента на помощь, ориентированную на результат, а не ведение заболевания. Этот принцип лежит в основе подхода, основанного на охране здоровья населения, главной целью которого является улучшение показателей здоровья.

Первичная медико-санитарная помощь как подход, основанный на охране здоровья населения, должна быть ориентирована на укрепление здоровья и профилактику или отсрочку комплексной помощи при хронических состояниях. Для этого она должна устранять первопричины заболеваний. Данный подход также требует ориентированности первичной медико-санитарной помощи на благополучие населения, т.е. реагирования на тенденции, обуславливающие рост числа множественных заболеваний и связанных с этим психических расстройств и долгосрочного воздействия заболеваний на функционирование и участие людей в социальной жизни.

Практическое внедрение подхода, основанного на охране здоровья населения, в систему первичной медико-санитарной помощи требует развития контактов с населением и повышения взаимосвязанности услуг с работой по продвижению здорового образа жизни и здорового старения. Он также требует управления незапланированной помощью и расширения доступа к неотложной помощи. Для этого необходима более интенсивная координация между общественным здравоохранением и службами первичной помощи. Кроме того, на уровне первичной медико-санитарной помощи необходимо понимание обслуживаемого населения в более широком контексте, в т.ч. понимание изменений в социальных нормах, проблем миграции и многонациональности и реагирование на них.

2. Первичная медико-санитарная помощь играет решающую роль в укреплении подотчетности

Подотчетность – центральная составляющая в реализации подхода, основанного на охране здоровья населения. Все большее значение приобретает работа по созданию подотчетных систем здравоохранения, которые будут обеспечивать взаимодействие всех медицинских работников, сообществ, отдельных лиц и других субъектов здравоохранения для улучшения показателей их деятельности как общей цели. Первичная медико-санитарная помощь может содействовать укреплению подотчетности в предоставлении услуг, поскольку как концепция

изначально соответствует цели развития в области регулирования детерминант здоровья. Таким образом, первичная медико-санитарная помощь играет решающую роль в повышении ответственности за достигаемые показатели здоровья.

Осознание этой ответственности требует преодоления существующих институциональных и финансовых границ между первичной медико-санитарной помощью и другими видами помощи. Также существует необходимость в четком согласовании предпочтительной модели обслуживания населения для удовлетворения потребностей в различных видах медицинских услуг. Первичная медико-санитарная помощь является тем уровнем, на котором население обращается по поводу возникающих проблем со здоровьем (за исключением опасных для жизни чрезвычайных ситуаций), а линейная система направлений обеспечивает непрерывность на всех уровнях системы здравоохранения. В отношении хронических состояний данная модель требует корректировки. Более подходящей представляется «спиральная система направлений», обеспечивающая обслуживание пациентов мультидисциплинарной командой специалистов и последующее наблюдение за ними на вторичном и – при необходимости – даже третичном уровне системы здравоохранения.

Такой подход на основе подотчетности начинается с составления списков населения, закрепленных за учреждениями первичной медико-санитарной помощи на уровне практики или территориально. Для поддержания рабочих отношений, которые будут способствовать прогнозированию будущих потребностей и управлению ими, и, в конечном счете, повышения общей ответственности за результаты медицинской помощи, необходимо четко определить структуру подотчетности субъектов здравоохранения. Создание общей системы подотчетности также требует участия отдельных лиц, их семей и сообществ.

3. Первичная медико-санитарная помощь является частью системы интегрированного предоставления услуг здравоохранения

Сфера деятельности первичной медико-санитарной помощи активно меняется в ответ на меняющиеся потребности в медицинских услугах. Кроме того, расширились ожидания относительно услуг первичной медико-санитарной помощи. Чтобы реагировать на изменения с использованием подхода, основанного на охране здоровья населения, необходим переход к первичной медико-санитарной помощи как части системы интегрированного предоставления услуг здравоохранения. Для этого нужно анализировать, какие новые функции приобретает система первичной медико-санитарной помощи, и четко понимать последствия изменения ее роли для пациентов и эффективности системы здравоохранения в целом.

Интегрированная первичная медико-санитарная помощь предполагает укрепление потенциала первичной медико-санитарной помощи в части предоставления услуг на местах, а также комплексных услуг, которые, например, будут обеспечивать оперативный доступ к диагностике и удовлетворение потребностей лиц с неотложными и хроническими состояниями. Необходимо, чтобы первичная медико-санитарная помощь становилась все более активным центром координации услуг здравоохранения, обеспечивала непрерывность медицинской помощи и укрепляла способность населения решать проблемы здоровья, поддерживать здоровье и повышать общее благополучие.

Для этого потребуются более интенсивная координация со стационарной помощью, социальными службами, службами общественного здравоохранения и другими учреждениями, такими как службы психического здоровья и паллиативной

Описание этапов развития услуг прилагается к Европейской рамочной основе для действий по организации интегрированного предоставления услуг здравоохранения. Описанная последовательность развития позволяет странам адаптировать стратегии и действия соответственно этапу развития, на котором они находятся. Характеристики предоставления услуг здравоохранения на разных этапах развития см. по ссылке: [European Framework for Action on Integrated Health Services Delivery](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/315787/66wd15e_FFA_IHSD_160535.pdf). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/315787/66wd15e_FFA_IHSD_160535.pdf).

помощи, а также с другими секторами. Интегрированные услуги здравоохранения должны способствовать развитию и внедрению вертикальных программ, включая программы, связанные с конкретными заболеваниями, в контекст первичной медико-санитарной помощи. Необходимо направлять инвестиции в разработку новых подходов к командной работе, развитие новых навыков и компетенций на уровне первичной медико-санитарной помощи и создание более эффективной модели интеграции с другими секторами. Это в значительной степени изменит роль стационаров и специалистов, занимающихся лечением распространенных хронических заболеваний. В частности, предполагается активизация взаимодействия с местным населением, неформальными ухаживающими лицами и отдельными лицами как средство их вовлечения, расширения круга их полномочий и использования их сильных сторон и активов для повышения ценности оказываемых услуг. Сопряжение с социальным сектором также будет приобретать все большее значение в рамках системы интегрированного предоставления услуг здравоохранения.

4. Необходимы постепенные, но кардинальные изменения в предоставлении услуг

Изменения, направленные на улучшение показателей здоровья, должны начинаться с предоставления услуг, так как именно на этом уровне возможно ускоренное внедрение новых моделей. Эти изменения могут начинаться постепенно и уже реализуются на практике, что подтверждается работой стран Европейского региона ВОЗ по созданию новых учреждений, расширенных групп специалистов и более крупных сетей.

Для поддержания этих инноваций на высоком уровне национальным органам здравоохранения необходимо создать благоприятные условия и определить четкие, интегрированные и комплексные финансовые стимулы. К ним относятся поощрение ответственной клинической практики и управления, которое предусматривает возможность внедрения новых моделей помощи на основе принципов доверия и подотчетности, а не карательных мер. Необходимо также создать условия для стимулирования скорейшего внедрения инноваций, таких как новые цифровые формы отчетности и технологии для улучшения самопомощи.

Преимущества преобразований, инициированных системами предоставления услуг, актуализируют необходимость в укреплении доверия, мотивации, развитии совместного лидерства и управления. Раннее внедрение изменений – это вклад в укрепление социальной сплоченности, возможность предложить людям значимые способы участия в вопросах, касающихся их здоровья, на местном уровне, а также способ минимизировать профессиональные разногласия и отойти от традиционного мышления, в котором отношение и поведение формируются индивидуальным пониманием опыта и практики.

Для этого процесса преобразований нет единого готового плана или схемы. Скорее, он представляется непрерывным процессом, дающим возможность странам оценить свои системы здравоохранения в развитии от традиционной системы к системе, ориентированной на ведение заболеваний, затем к системе координированных служб и, в конечном счете, к их интеграции⁴. Очевидно, что в рамках данного непрерывного процесса будет важно создать условия для формирования среды, поощряющей получение знаний, образование и обучение в целях развития компетенций будущих кадров и повышения потенциала в части управления первичной медико-санитарной помощью. Решение проблемы низкого престижа специалистов и отсутствия доверия к ним со стороны населения в отдельных странах будет зависеть от этих инвестиций в развитие компетенций.

5. Для реализации устойчивых преобразований необходимы политическая дальновидность и готовность развивать потенциал первичной медико-санитарной помощи и повышать ее эффективность

Учитывая эти фундаментальные задачи, для внедрения новых операционных и бизнес-моделей требуются преобразующие изменения. Для этого необходимо, чтобы преобразования в предоставлении услуг полностью поддерживались и подкреплялись системными ресурсами, механизмами и общим потенциалом, которые должны соответствовать новым моделям оказания помощи, направленным на оптимизацию эффективности.

В частности, для того чтобы преобразования были устойчивыми, условия в системе здравоохранения должны соответствовать новым способам предоставления медицинских и социальных услуг и нормативным положениям, направленным на устранение разрозненности в клинической практике, а также способствовать укомплектованию служб здравоохранения кадрами, обладающими опытом и компетенциями (в т.ч. компетенциями врачей общей практики), соответствующими новым видам услуг, и внедрению таких стимулов, как оплата по достигнутым результатам в отношении показателей здоровья.

В перспективе для обеспечения устойчивости большое значение будет иметь повышение информированности населения о долгосрочном видении систем здравоохранения. Кроме того, успех преобразований будет зависеть от эффективного управления изменениями, для чего могут быть полезны опыт раннего внедрения практик и инноваций и сделанные на его результате выводы.

В заключение: видение будущей первичной медико-санитарной помощи, сформулированное Консультативной группой по первичной медико-санитарной помощи, сосредоточено на роли первичной медико-санитарной помощи как координирующего центра в системе интегрированного предоставления услуг здравоохранения, функционирующего в партнерстве и несущего совместную ответственность за улучшение результатов в отношении показателей здоровья с другими поставщиками, связанными секторами, отдельными лицами и местным населением.

Видение будущего первичной медико-санитарной помощи в полной мере соответствует духу Алма-Атинской декларации. Задачи первичной медико-санитарной помощи: поддерживать межсекторальное взаимодействие, создавать устойчивые сообщества, координировать помощь на уровне первого контакта с системой и укреплять здоровье для всех людей, – сохраняют актуальность и сегодня.

Основываясь на видении, предложенном Алма-Атинской декларацией, участники совещания отмечают, что концепция реализации первичной медико-санитарной помощи, ориентированной на нужды людей и охрану здоровья населения, требует доработки. Чтобы первичная медико-санитарная помощь отвечала этому видению, необходимо развивать ее потенциал.



Приложение 1

Список участников

В алфавитном порядке

Члены Консультативной группы по вопросам первичной медико-санитарной помощи

Елжан Биртанов
Министр и почетный постоянный член Консультативной группы по вопросам первичной медико-санитарной помощи
Министерство здравоохранения Казахстана

Валентина Саркисова
Председатель
Европейский форум национальных сестринских и акушерских ассоциаций

Masoud Dara
Координатор
Европейское региональное бюро ВОЗ

Jan de Maeseneer
Председатель
Европейский Форум по вопросам первичной медико-санитарной помощи

Nigel Edwards
Исполнительный директор
Фонд Nuffield Trust

Jill Farrington
Координатор и старший технический сотрудник
Европейское региональное бюро ВОЗ

Ian Forde
Старший аналитик по вопросам политики
Организация экономического сотрудничества и развития

Pascal Garel
Исполнительный Директор
Европейская Федерация стационаров и здравоохранения

Nick Goodwin
Генеральный директор
Международный фонд интегрированной помощи

Usman Khan
Директор
Европейская ассоциация управления здравоохранением

Salman Rawaf
Директор
Сотрудничающий центр ВОЗ по образованию и обучению в области общественного здравоохранения, Лондонский Имперский Колледж

Anna Stavdal
Президент
Европейский офис Всемирной организации семейных врачей (WONCA Europe)

Hernan Julio Montenegro von Muhlenbrock
Координатор
Всемирная организация здравоохранения

Временные советники и гости

Максут Кульжанов
Республиканская медицинская палата Казахстана
Исполнительный Совет ВОЗ

Ажар Тулегалиева
Министерство здравоохранения, Казахстан

Алексей Цой
Министерство здравоохранения, Казахстан

Ellen Kuhlmann
Университет Гете Франкфурт

Kai Leichsenring
Европейский центр социальной политики и исследований
в области социального обеспечения

Sophia Schlette
Управление знаниями в области систем здравоохранения

Michael Van Den Berg
Академический медицинский центр
Университет Амстердама

Ethan Wong
Фонд Билла и Мелинды Гейтс

Дистанционные комментаторы

Marco Greco
Европейский Форум пациентов

Anna Lima
Европейская федерация социальных работников

Helena Pера
Шведская ассоциация физиотерапевтов

Stecy Yghemonos
Eurocarers, Европейская ассоциация лиц, осуществляющих уход

Всемирная Организация Здравоохранения

Штаб-квартира

Edward Kelley
Директор
Департамент ВОЗ по предоставлению услуг и обеспечению их безопасности

Alex Ross
Директор
Системы здравоохранения и инновации

Европейское Региональное Бюро

Рахат Байболотова
Помощник по финансам
Европейский центр ВОЗ по вопросам первичной медико-санитарной помощи

Гаухар Берентаева
Помощник по административным вопросам
Европейский центр ВОЗ по вопросам первичной медико-санитарной помощи

Евгений Железняков
Технический сотрудник
Европейский центр ВОЗ по вопросам первичной медико-санитарной помощи

Алтынай Сатылганова
Консультант
Программа предоставления услуг здравоохранения

Sampreethi Aipanjiguly
Консультант
Отдел систем здравоохранения и охраны общественного здоровья

Erica Barbazza
Технический сотрудник
Европейский центр ВОЗ по вопросам первичной медико-санитарной помощи

João Breda
Руководитель
Европейское бюро ВОЗ по профилактике и контролю
неинфекционных болезней

Renata Brunner
Секретарь
Отдел систем здравоохранения и охраны общественного здоровья

Zsuzsanna Jakab
Региональный директор
Европейское бюро ВОЗ

Arnoldas Jurgutis
Старший советник
Европейский центр ВОЗ по вопросам первичной медико-санитарной помощи

Hans Kluge
Директор отдела систем здравоохранения и охраны общественного здоровья

Ioana Kruse
Консультант
Европейский центр ВОЗ по вопросам первичной медико-санитарной помощи

Margrieta Langins
Технический сотрудник
Европейский центр ВОЗ по вопросам первичной медико-санитарной помощи

Connie Petersen
Программный ассистент
Европейский центр ВОЗ по вопросам первичной медико-санитарной помощи

Juan Tello
Руководитель
Европейский центр ВОЗ по вопросам первичной медико-санитарной помощи

Страновой Офис ВОЗ в Казахстане

Татьяна Колпакова
Временный руководитель офиса

Переводчики

Олжас Галымжан

Тимур Нурпеисов

Батырхан Жуламанов

Приложение 2

Программа

Вторник, 20 июня 2017

11:00 - 12:00	Регистрация и ланч с установлением деловых контактов
12:00 - 12:30	Начало работы Консультативной группы по вопросам первичной медико-санитарной помощи (КГВПМСП)
	<p>Модератор <i>Juan Tello</i>, Руководитель Европейского центра ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи Отдела систем здравоохранения и охраны общественного здоровья, Европейское региональное бюро ВОЗ</p> <p>Выборы председателя</p>
12:30 - 14:00	Вступительные обращения
	<p>Модератор <i>Hans Kluge</i>, Директор Отдела систем здравоохранения и охраны общественного здоровья Европейского регионального бюро ВОЗ</p> <p>Современная повестка дня для развития первичной медико-санитарной помощи: взгляд из Казахстана <i>Елжан Биртанов</i>, Почетный Постоянный член Консультативной группы по вопросам первичной медико-санитарной помощи, Министр здравоохранения Республики Казахстан</p> <p>Предвосхищая будущие вызовы и инновации в Европейском регионе ВОЗ: готова ли первичная медико-санитарная помощь? <i>Zsuzsanna Jakab</i>, Региональный директор Европейского бюро ВОЗ</p> <p>Выступления</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Edward Kelley</i>, Директор Департамента ВОЗ по предоставлению услуг и обеспечению их безопасности. Штаб-квартира ВОЗ• <i>Sophia Schlette</i>, Управление знаниями в области систем здравоохранения <p>Обсуждение и общие дебаты</p>
14:00 - 14:30	Перерыв и групповое фото

14:30 - 16:00

Удовлетворение потребностей. 1. Потребности в оказании неотложной помощи на уровне первичной медико-санитарной помощи

Ответственное лицо Консультативной группы по вопросам первичной медико-санитарной помощи

Jan de Maeseneer, Председатель Европейского форума по первичной медико-санитарной помощи

Насколько первичная медико-санитарная помощь способна реагировать на потребности в оказании неотложной помощи?

- Какую может играть роль первичная медико-санитарная помощь в оказании помощи при несчастных случаях, травмах, острых приступах хронических заболеваний?
- Как можно повысить порог услуг неотложной помощи – начиная с краткосрочной стабилизации, до-госпитального ухода, экстренной помощи заканчивая оказанием неотложной помощи, в целях усиления роли первичной медико-санитарной помощи в оказании помощи пациентам в остром состоянии? Оказание каких услуг может быть организовано на уровне первичной медико-санитарной помощи?

Организованная дискуссия и общее обсуждение

16:00–16:30

Перерыв

16:30 - 17:30

Удовлетворение потребностей. 2. Оказание помощи пациентам с хроническими заболеваниями на уровне первичной медико-санитарной помощи

Ответственное лицо Консультативной группы по вопросам первичной медико-санитарной помощи

Jill Farrington, Координатор и старший технический сотрудник Отдела неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья на всех этапах жизни, Европейское региональное бюро ВОЗ

Какова эффективность лечения хронических заболеваний на уровне первичной медико-санитарной помощи ?

- С какими новыми или повышенными требованиями к лечению хронических заболеваний придется столкнуться первичной медико-санитарной помощи в будущем?
- Учитывая изменяющиеся потребности, какую роль может играть первичная медико-санитарная помощь в управлении этим спросом? Какие имеются в настоящий момент сильные стороны и ограничения?

Организованная дискуссия и общее обсуждение

Среда, 21 июня 2017

9:30 - 10:30

Возможности для интегрированного предоставления услуг здравоохранения:
первичная медико-санитарная помощь и стационары

Ответственное лицо Консультативной группы по вопросам первичной медико-санитарной помощи

Nigel Edwards, Исполнительный директор, Фонд Nuffield Trust

Как можно усилить интеграцию между первичной медико-санитарной помощью и больницами?

- Какую роль должны играть районные больницы и больницы широкого профиля в обновленной сфере деятельности первичной медико-санитарной помощи?
- Какое будущее у узких специалистов? Какие методы работы могут оказаться полезными для кадровых ресурсов медико-санитарной помощи в их совместной работе с узкими специалистами?
- Какие лечебно-диагностические возможности должна иметь первичная медико-санитарная помощь для удовлетворения потребностей в лечении острых и хронических заболеваний? Какую организацию первичной медико-санитарной помощи и лабораторных услуг это предполагает? Первичная медико-санитарная помощь и фармацевты?

Организованная дискуссия и общее обсуждение

10:30 - 10:45

Перерыв

Модератор

Kai Leichsenring, Исполнительный директор Европейского центра политики и исследований в области социального обеспечения

- Какова роль первичной медико-санитарной помощи в оказании услуг по длительному уходу за пациентами в секторе здравоохранения и социальной защиты? Какие имеются доказательства, подтверждающие то, какие услуги могут и должны предоставляться на уровне первичной медико-санитарной помощи?
- Какие основные факторы следует учитывать в отношении оказания услуг длительного ухода на стыке секторов здравоохранения и социальной защиты? Какой имеется передовой опыт по организации интегрированного подхода к длительному уходу.
- Как можно трансформировать и скорректировать систему предоставления услуг, а также системы здравоохранения и социальной защиты, чтобы организовать интегрированное предоставление услуг длительного ухода?

«Виртуальные» выступления

- **Marco Greco**, Президент Европейского форума пациентов
- **Helena Pepa**, Исполнительный директор, Шведская ассоциация физиотерапевтов
- **Stecy Yghemonos**, Исполнительный директор, Eurocarers, Европейская ассоциация лиц, осуществляющих уход
- **Anna Lima**, Президент, Европейская федерация социальных работников

Организованная дискуссия и общее обсуждение

12:00 - 13:00 **Возможности для организации интегрированного предоставления услуг здравоохранения: первичная медико-санитарная помощь и услуги общественного здравоохранения**

Ответственное лицо Консультативной группы по вопросам первичной медико-санитарной помощи

Salman Rawaf, Директор, Сотрудничающий центр ВОЗ по санитарному просвещению и обучению в области охраны общественного здоровья, факультет первичной медико-санитарной помощи и общественного здравоохранения Лондонского Имперского колледжа

- Какую роль будут играть в будущем центры по формированию здорового образа жизни или аналогичные структуры по охране общественного здоровья на уровне сообщества? Какую роль может играть первичная медико-санитарная помощь в предоставлении таких услуг?
- Как в будущем будет выглядеть система управления данными по состоянию здоровья населения, учитывая современные достижения в области развития технологий, управления данными и информацией?
- Какую роль должна играть первичная медико-санитарная помощь, отвечая на новые проблемы окружающей среды?

Организованная дискуссия и общее обсуждение

12:00 - 13:00 **Обед**

14:00 - 15:00 **В центре внимания: кадровые ресурсы первичной медико-санитарной помощи**

Модератор

Ellen Kuhlmann, Старший научный сотрудник, Институт экономики, труда и культуры, Франкфуртский Университет им. Гёте

Как можно повысить эффективность кадровых ресурсов первичной медико-санитарной помощи?

- Какие компетенции потребуются персоналу первичной медико-санитарной помощи в будущем?
- Как можно усилить участие заинтересованных сторон для различных моделей предоставления первичной медико-санитарной помощи?
- Какие еще можно использовать политические рычаги для мобилизации кадровых ресурсов первичной медико-санитарной помощи, ориентированных на нужды людей?
- Какие необходимо провести новые исследования и какие новые данные следует получить?

Организованная дискуссия и общее обсуждение

15:00 - 15:15 **Перерыв**

Модератор

Juan Tello, Руководитель, Европейский центр ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи
Отдела систем здравоохранения и охраны общественного здоровья Европейского регионального бюро ВОЗ

Экспертная дискуссия

- **Инициатива по повышению эффективности первичной медико-санитарной помощи (PHCPI)**

Ethan Wong, Программный сотрудник, Отдел по организации интегрированного предоставления услуг Фонда Билла и Мелинды Гейтс

- **Европейская рамочная программа ВОЗ по повышению потенциала и эффективности первичной медико-санитарной помощи и мониторинг деятельности первичной медико-санитарной помощи**

Erica Barbazza, Технический сотрудник, Предоставление услуг здравоохранения, Европейский центр ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи Отдела систем здравоохранения и охраны общественного здоровья Европейского регионального бюро ВОЗ

Michael Van Den Berg, Старший научный сотрудник, Академический медицинский центр, Сотрудничающий центр ВОЗ по вопросам качества и социальной справедливости в системе первичной медико-санитарной помощи

- **Оценка качества первичной медико-санитарной помощи ОЭСР**

Ian Forde, Старший аналитик по вопросам политики, Отдел здравоохранения, Организация экономического сотрудничества и развития

Организованная дискуссия

- Как достичь синергии в описанных концептуальных схемах?
- Какие компоненты и показатели являются общими для каждой концептуальной схемы?
- Какие сходные черты и различия существуют у исследуемых стран?
- Как различные инициативы связаны с достижением Целей устойчивого развития?

16:30 - 17:00 Объединение рекомендаций

Модератор

Председательствующий на совещании Консультативной группы по вопросам первичной медико-санитарной помощи

- **Какие дальнейшие шаги следует предпринять в преддверии юбилейной конференции, посвященной 40-й годовщине Алма-Атинской Декларации?**
Juan Tello, Руководитель, Европейский центр ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи, Отдел систем здравоохранения и охраны общественного здоровья, Европейское региональное бюро ВОЗ
- **Резюме ключевых сообщений и основных обсуждаемых моментов**
Докладчик:
Nick Goodwin, Главный исполнительный директор, Международный фонд по организации интегрированной медико-санитарной помощи
- **Заключительные комментарии**
Hans Kluge, Директор Отдела систем здравоохранения и охраны общественного здоровья Европейского регионального бюро ВОЗ

17:00

Заккрытие

Европейское региональное бюро ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения – специальное учреждение Организации Объединённых Наций, основанное в 1948 году, основная функция которого лежит в решении международных проблем здравоохранения населения Земли. Европейское региональное бюро ВОЗ – одно из шести расположенных в различных частях мира региональных бюро, каждое из которых проводит собственную программу, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых им стран.

Государства-члены

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

Европейское региональное бюро ВОЗ

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

Tel.: +45 45 33 70 00 Fax: +45 45 33 70 01

E-mail: contact@euro.who.int