

ЛЮДИ «ПАНОРАМЫ»

Интервью с межрегиональной рабочей группой ВОЗ по вопросам больничной помощи

Отредактировано сотрудниками Европейского центра ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи

Члены межрегиональной рабочей группы ВОЗ по вопросам больничной помощи (в алфавитном порядке): Nima Asgari-Jirhandeh (Азиатско-Тихоокеанская обсерватория по системам и политике здравоохранения), Anjana Bhushan (ранее – Региональное бюро ВОЗ для стран западной части Тихого океана, в настоящий момент – Региональное бюро ВОЗ для стран Юго-Восточной Азии), Eric de Roodenbeke (Международная федерация больниц), Nino Dal Dayanghirang (Региональное бюро ВОЗ для стран Африки), Nigel Edwards (Nuffield Trust), Jerry La Forgia (Aceso Global), Tarcisse Lokombe Elongo (Региональное бюро ВОЗ для стран Африки), Ricardo Fabrega (Региональное бюро ВОЗ для Северной и Южной Америки), Ann-Lise Guisset (штаб-квартира ВОЗ), Indrajit Hazarika (Региональное бюро ВОЗ для стран западной части Тихого океана), Vivian Lin (Региональное бюро ВОЗ для стран западной части Тихого океана), Hernan Montenegro (штаб-квартира ВОЗ), Hamid Ravaghi (Региональное бюро ВОЗ для стран Восточного Средиземноморья) и Juan Tello (Европейское региональное бюро ВОЗ).

О межрегиональной рабочей группе ВОЗ по больничной помощи

В контексте работы, направленной на формирование новой концепции относительно места больниц в системе здравоохранения, и в особенности их роли и функций в обеспечении всеобщего охвата услугами здравоохранения, в 2016 г. штаб-квартира ВОЗ создала межрегиональную рабочую группу по вопросам больничной помощи. В 2017 г. были проведены совещания рабочей группы при поддержке Регионального бюро ВОЗ для стран западной части Тихого океана в Токио, Япония (23–25 марта 2017 г.) и при поддержке Европейского регионального бюро ВОЗ в Алматы, Казахстан (21–22 июня 2017 г.). Тесное сотрудничество продолжилось и в ходе совместной разработки документа с изложением позиции по больничной помощи. Европейский центр ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи в Алматы (Казахстан) также провел совещание (23 июня 2017 г.) по интегрированному предоставлению услуг здравоохранения, участие в котором приняли координаторы из государств-членов в Европейском регионе ВОЗ, эксперты глобального уровня и другие представители стран; в ходе совещания обсуждалось развитие больничного сектора. Представители государств-членов, присутствующие на совещании, озвучили ценные предложения к первоначальному проекту документа с изложением позиции. Описанные в этой статье

примеры основываются на опыте, полученном в ходе вышеописанных мероприятий.

В настоящей статье, структурированной в виде дискуссии, отражено коллективное видение рабочей группы по ряду аспектов: от необходимости переосмыслить роль больниц и их место в системе здравоохранения до того, как больницы могут стать ключевыми участниками процесса преобразования систем здравоохранения на базе первичной медико-санитарной помощи. За статьей последует публикация документа с изложением позиции относительно концепции больниц, ориентированных на человека и на потребности местных сообществ, а также политических инструментов и вспомогательных механизмов, необходимых для достижения этой цели.

Почему так важно, чтобы вопрос больничной помощи обсуждался в контексте сорокалетнего юбилея первичной медико-санитарной помощи?

Алма-Атинская декларация 1978 г. стала поворотным моментом в истории глобального здравоохранения: с ее принятием первичная медико-санитарная помощь была признана краеугольным камнем работы ВОЗ по обеспечению здоровья для всех. Вскоре после этого важного события состоялась международная конференция, посвященная роли больниц в оказании первичной медико-санитарной

помощи (Исламабад, Пакистан, 1981 г.). Как отметил Halfdan Mahler, на протяжении долгого времени занимавший пост Генерального директора ВОЗ, «Система здравоохранения, основу которой составляет первичная медико-санитарная помощь, не может быть создана без поддержки со стороны сети больниц»¹. Сегодня его слова актуальны как никогда. Залог успешного решения современных проблем заключается не в смене стратегического курса – первичная медико-санитарная помощь служит инструментом для достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения и обеспечения здоровья для всех, – а в изменении подходов к планированию, предоставлению и финансированию медицинских услуг и социальной защиты для того, чтобы вдохнуть новую жизнь в ценности и принципы первичной медико-санитарной помощи и внести вклад в выполнение Целей в области устойчивого развития, связанных со здравоохранением.

Согласно этой концепции, больницы должны оказывать ориентированные на нужды людей услуги и более эффективно удовлетворять потребности всех получателей таких услуг, включая пожилых людей, лиц с хроническими заболеваниями и лиц, недостаточно обеспеченных услугами, которые и составляют большую часть их пациентов. Больницы должны не только стремиться обеспечить наилучшие результаты для здоровья и положительное впечатление от своих услуг, но и, выходя за рамки своих непосредственных обязанностей, способствовать улучшению здоровья населения вместе с командами работников здравоохранения на первом уровне оказания помощи, а также взаимодействовать с местными сообществами для формирования культуры здоровья. При необходимости больницы также должны предоставлять услуги и в местных сообществах, повышая тем самым доступность этих услуг и их адаптированность к потребностям людей, а также поддерживать, обучать и контролировать работников в других учреждениях, оказывающих медицинскую помощь.

Успех развития первичной медико-санитарной помощи зависит от способности больниц распределять ресурсы и распространять знания среди населения и учреждений. Но как этого добиться?

В больницах проходят обучение целые поколения работников здравоохранения, проводятся важнейшие исследования и достигаются огромные успехи в поиске новых методов организации работы. Здесь сосредоточены

технологии, медицинские кадры и финансовые ресурсы. Больницы не только служат площадкой для оказания жизненно важных медицинских услуг, но зачастую и являются крупнейшим работодателем в поселках, городах и целых регионах. Они могут быть предметом для гордости и символом регионального развития. Наконец, больницы дают людям уверенность в том, что они смогут получить помощь при серьезной болезни или в случае природных или антропогенных катастроф.

Таким образом, больницы всегда находятся на виду и могут наглядно демонстрировать свои достижения. Они обладают немалым политическим, экономическим и социальным влиянием для защиты статус-кво в финансировании и организации систем здравоохранения. Это признается и подчеркивается в *Докладе о состоянии здравоохранения в мире за 2008 г. – Первичная медико-санитарная помощь: сегодня актуальнее, чем когда-либо*, в котором была высказана идея о том, что именно больницы являются одним из факторов, тормозящих развитие первичной медико-санитарной помощи. Согласно докладу, «системы здравоохранения сами по себе не стремятся к достижению целей ПМСП», отчасти из-за «излишнего акцента на высокоспециализированной (третичной) помощи, что нередко называют “ориентацией на стационарное лечение”»².

Вместе с тем это также значит, что больницы обладают огромным потенциалом для того, чтобы стимулировать новую ориентацию системы здравоохранения на первичную санитарно-медицинскую помощь. Их нужно рассматривать в качестве ключевой составляющей социального развития в своих районах, и важную роль здесь играет сотрудничество между больницами и другими секторами (например, водоснабжения, гигиены и санитарии, энергетики и образования).

Для того, чтобы больницы начали вносить весомый вклад в развитие первичной медико-санитарной помощи, требуются эффективное лидерство и меры политики, которые позволят преодолеть центристскую силу системы, выстроенной вокруг больничной помощи. Сделав это, мы раскроем потенциал больниц для осуществления преобразований. Для того, чтобы достичь целей, поставленных в 1978 г. в Алма-Ате и еще раз подтвержденных в 2018 г. в Астане (Казахстан), больницы должны стать неотъемлемой частью решения этой проблемы.

¹ Mahler H. The role of hospitals in primary health care. Report of a conference sponsored by the Aga Khan Foundation and the World Health Organization, 22–26 November 1981, Karachi, Pakistan. Karachi: Aga Khan Foundation; 1982.

² Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2008 г.: Первичная медико-санитарная помощь: сегодня актуальнее, чем когда-либо. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2008.

Многие примеры свидетельствуют о том, что такая смена парадигмы уже происходит, причем в различных условиях: больницы ведут активную работу со своими пациентами, направляя их для дальнейшего наблюдения в первичное звено, что позволяет избежать ненужной госпитализации; больницы сотрудничают с поставщиками первичной медико-санитарной помощи для укрепления их потенциала и, таким образом, сокращения числа направлений к специалистам; больницы обучают собственных сотрудников, улучшая их представление о возможностях первичной медико-санитарной помощи; в некоторых случаях больницы предъявляют к поставщикам медико-санитарной помощи определенные требования относительно объема и качества их услуг и т. д. Примером успешного воплощения в жизнь подобной смены парадигмы служит больница общего профиля «Чанги» в Сингапуре (см. вставку 1).

ВСТАВКА 1. ПРИМЕР ДЕЙСТВИЙ НА УРОВНЕ БОЛЬНИЦЫ, НАЦЕЛЕННЫХ НА ПЕРЕОРИЕНТАЦИЮ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ПЕРВИЧНУЮ МЕДИКО-САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ

Комплексные мероприятия в больнице общего профиля «Чанги» в Сингапуре стали ответом на проблему большого числа случаев неотложной госпитализации пациентов, обращающихся в больницу самостоятельно (т. н. самообращений). Как подчеркнул директор больницы, «это позволило лучше понять, что модель стационарно-ориентированной помощи нестабильна и должна адаптироваться к меняющимся потребностям и запросам населения; однако при этом следует помнить, что модель оказания помощи, ориентированная на потребности местных сообществ, не может быть жизнеспособной без интеграции больниц». Для этого больница начала тесно сотрудничать с врачами общей практики в целях обеспечения наличия и повышения доступности услуг в первичном звене медико-санитарной помощи, в том числе путем создания местных центров здравоохранения, проводящих скрининг диабетической стопы и глаз и оказывающих услуги физиотерапии, тем самым поддерживая врачей общей практики, работающих в округе. Больница также внедрила программу «GP First» («Прежде всего – врач общей практики»), в рамках которой пациентам с заболеваниями в легкой и среднетяжелой форме предлагается обратиться к врачу общей практики, а не в отделение неотложной помощи больницы. Если врач общей практики принимает решение о том, что пациент нуждается в неотложной госпитализации, то такая госпитализация проводится вне очереди, а ее оплата субсидируется. Эти меры позволили снизить число самообращений пациентов на 9,7% и довести показатель удовлетворенности пациентов, направляемых в больницу врачами общей практики, до 92%³.

Какова роль больниц, ориентированных на нужды местных сообществ, в создании здоровых и сплоченных сообществ?

Такая смена парадигмы – переход от больниц, работающих изолированно, к больницам, учитывающим нужды местных сообществ и человека – начинается с признания того факта, что подход на основе первичной медико-санитарной помощи должен применяться в равной степени ко всем поставщикам услуг социальной защиты и медицинских услуг, в том числе и к больницам. Иными словами, «больницы должны превратиться из «последнего звена в цепочке» поставщиков услуг здравоохранения в субъекты, активно взаимодействующие с местными сообществами и поставщиками первичной медико-санитарной помощи. Изменение традиционной модели должно начинаться с переноса акцента с «заполнения коек» на выполнение больницами новой роли в рамках сетей сотрудничества»⁴. Необходимо далее развивать существующие сильные стороны больниц, в то же время стирая границу, отделяющую их от остальных сегментов системы здравоохранения. Больницы должны быть полностью интегрированы в сообщества, в интересах которых они работают, в условиях тесного сотрудничества с другими партнерами, чтобы заниматься не только оказанием услуг на индивидуальном уровне, но и, в первую очередь, улучшать показатели здоровья населения.

Больницы обладают немалым потенциалом для улучшения здоровья местного населения. Например, сельские комитеты здоровья в Кыргызстане часто взаимодействуют с больницами в рамках инициатив по ранней диагностике заболеваний, что позволяет расширить охват населения услугами здравоохранения. Однако больницы могут пойти еще дальше, начав следовать принципам социальной ответственности (см. вставку 2). Примером того, как больницы могут воплощать в жизнь принцип «не навреди» в местных сообществах, служит программа ВОЗ и Панамериканской организации здравоохранения по безопасным, экологичным и «умным» больницам в странах Карибского бассейна.

³ 4th Annual Meeting Report of Integrated Health Services Delivery Focal Points. 22–23 June 2017, Almaty, Kazakhstan. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/362620/IHSD-FPs-2017.pdf?ua=1, по состоянию на 15 декабря 2018 г.).

⁴ PAHO director urges hospital transformation to support progress toward universal health веб-сайт. Washington (DC): WHO Regional Office for the Americas; 2015. (https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11351:paho-director-urges-hospital-transformation-uh&Itemid=135&lang=en, по состоянию на 15 декабря 2018 г.).

ВСТАВКА 2. ПРИМЕР ОТВЕТСТВЕННОГО ОТНОШЕНИЯ БОЛЬНИЦЫ К ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЕ И ВКЛАДА В ЭКОНОМИЧЕСКУЮ И СОЦИАЛЬНУЮ СТАБИЛЬНОСТЬ

Признавая свою ответственность за состояние окружающей среды и экономическую и социальную стабильность, Трастовый фонд Национальной службы здравоохранения для городов Ритингтон, Уиган и Ли (Англия) разработал для себя следующую концепцию: «быть сильной, устойчивой опорой для сообщества и использовать свое влияние для повышения благосостояния всего общества». В 2013 г. Фонд сформировал для реализации этой концепции группу по социальной ответственности, которая предприняла различные инициативы, как то: стажировки для повышения уверенности в себе и развития жизненных навыков у людей, долгое время остающихся без работы; молодежный конгресс для привлечения и поощрения молодых людей из местных сообществ к работе в больницах и в Национальной службе здравоохранения; программа кардиореабилитационной подготовки в школах⁵.

Больницы, стремящиеся «не оставить никого без внимания», выходят за пределы своих обычных обязанностей, охватывая наиболее уязвимые группы населения, например путем разработки инновационных подходов к предоставлению услуг, таких как передвижные медицинские пункты, медицинские поезда и даже «плавающие больницы» (например, госпитальные суда⁶).

Подобно другим учреждениям – например, школам и всевозможным предприятиям и организациям, больницы должны использовать любую возможность для вовлечения получателей помощи (пациентов и их родственников), а также своих сотрудников, в деятельность по укреплению здоровья. Под такой деятельностью могут пониматься стратегии для совершенствования существующей практики в целях повышения эффективности предоставляемых услуг. Помимо этого, больницы могут осуществлять такие меры по укреплению здоровья, которые традиционно не входят в круг их обязанностей. Эти меры следует планировать непосредственно на местном уровне, чтобы наилучшим образом отразить местные реалии общественного здравоохранения и выбрать

оптимальные центры для предоставления таких услуг (например, в больницах и/или в других местах)⁷.

Больницы должны расширять права и возможности пациентов, чтобы те могли брать на себя ответственность за собственное здоровье и получение медицинских услуг посредством самопомощи, участия в диагностике и лечении, ведения болезни и поддержания здорового образа жизни. Например, работа сети ParkinsonNet в Нидерландах координируется специализированными больницами, но при этом ее цель заключается в том, чтобы помочь пациентам самостоятельно вести заболевание и, таким образом, минимизировать потребность в госпитализации. В сеть входят около 3 тыс. специалистов в составе 69 региональных групп, которые работают в соответствии со стандартным руководством, составленным с участием пациентов с болезнью Паркинсона. В распоряжении пациентов имеется интерактивный инструмент, позволяющий принимать решения относительно оказываемых им услуг, а также обмениваться информацией между собой и с работниками здравоохранения в рамках сети.

Каким образом концепция больниц, ориентированных на нужды человека, поможет преодолеть дихотомию между первичной и больничной помощью?

Люди могут получать услуги по охране здоровья у самых различных поставщиков, от всевозможных учреждений здравоохранения (классическая медицина) до народных целителей и молебных комнат. Прошло время четко разграниченных узких медицинских специальностей, строгой иерархии и жесткой категоризации по уровням оказания помощи. Более того, принимая во внимание старение населения и растущее бремя хронических заболеваний, необходимо переосмыслить модели помощи и перейти от реагирования на острые проявления болезни к созданию комплексных маршрутов для получения помощи.

Таким образом, необходимо отказаться от дихотомии между первичной медико-санитарной помощью (первый уровень оказания помощи) и больницами (специализированная помощь). Всеобщий охват услугами здравоохранения невозможно обеспечить с помощью лишь одного из этих компонентов – необходимо задействовать сразу оба сектора, поскольку качественная первичная

⁵ The WWL Way веб-сайт. Wigan: Wrightington, Wigan and Leigh NHS Foundation Trust; 2018 (<http://www.wwl.nhs.uk>, по состоянию на 15 декабря 2018 г.).

⁶ Mercy Ships веб-сайт. (<https://www.mercyships.nl/>, по состоянию на 15 декабря 2018 г.).

⁷ Putting HPH Policy into Action: Working Paper of the WHO Collaborating Centre on Health Promotion in Hospitals and Health Care. Vienna: University of Vienna; 2006 (http://www.hph-hc.cc/fileadmin/user_upload/HPH_BasicDocuments/Working-Paper-HPH-Strategies.pdf, по состоянию на 15 декабря 2018 г.).

медико-санитарная помощь требует качественной специализированной помощи, и наоборот. Границы между условиями, в которых оказывается помощь при первом обращении и специализированная помощь, становятся все более размытыми, и модели на основе гибридного подхода (например, расширенные центры первичной медико-санитарной помощи и стационарная помощь на дому) применяются все шире благодаря мобильным и портативным технологиям и цифровому здравоохранению. Сейчас, с возникновением новых принципов работы и возможностей для оказания услуг здравоохранения с помощью портативных или мобильных технологий, больницы могут выполнять все более широкий спектр задач, соответствующих подходам на базе общественного здравоохранения и первичной медико-санитарной помощи.

В том, что касается поставщиков услуг, переориентация модели помощи в сторону первичного звена требует большей согласованности между поставщиками услуг на всех уровнях оказания помощи, пересмотра существующих на этих уровнях иерархий и нахождения новых методов работы в команде. Недостаточная коммуникация между врачами общей практики и больницами зачастую ведет к несогласованности в оказании услуг, дублированию действий и потере эффективности. Более того, приписываемые врачам общей практики ограниченные возможности (оборудование и знания) или недостаточная уверенность в себе при оказании помощи пациентам со сложными проблемами повышают вероятность необоснованного направления этих пациентов к специалистам или ненужной госпитализации.

Для решения этих проблем могут применяться различные подходы, в том числе на уровне больниц. Совместные оценки данных о госпитализации, проведенные больницами и центрами первичной медико-санитарной помощи, помогают лучше понять причины необоснованной госпитализации и выявить проблемные аспекты в работе центров первичной медико-санитарной помощи, а также найти способы для их устранения. Есть немало примеров организационных нововведений, которые облегчают перемещение пациента из учреждения одного типа в другое учреждение; в частности, здесь следует отметить центры госпитализации в Российской Федерации, которые объединяют все стороны, вовлеченные в процесс госпитализации. В Испании ведется работа по обеспечению совместности медицинских карт пациентов, используемых в различных учреждениях и условиях. В Израиле существует практика профессиональных диалогов между врачами общей практики и больничными врачами. Также

следует отметить проведение совместных консультаций в рамках первичной медико-санитарной помощи между специалистами и работниками первичного звена, в ходе которых они принимают решения о дальнейшем направлении пациентов и управляют оказанием текущей помощи; такой подход способствует повышению квалификации терапевтов и их уверенности в своих знаниях⁸. Пример Нидерландов показывает, что подобные консультации позволяют снизить число направлений к специалистам и диагностических анализов в условиях специализированной помощи.

Медицинский центр Университета Любляны (Словения) также внедрил в практику совместные межуровневые консультации. Такой подход хорошо себя зарекомендовал и может применяться шире. Телемедицинские консультации (например, видеоконференции или телеконференции с участием специалиста, другого медицинского работника и получателя услуг) представляют собой еще один метод для поддержки первичной медико-санитарной помощи силами больничных специалистов. Пример Германии показывает, как этот аспект может быть включен в процесс планирования новой больничной инфраструктуры и создания «больницы будущего» (вставка 3). В этом случае информационные технологии стали ключевым компонентом новых подходов к взаимодействию между учреждениями и уровнями оказания помощи, а также с пациентами и их родственниками.

В том, что касается получения услуг, не следует недооценивать потенциально важную роль больниц в повышении уверенности получателей услуг первичной медико-санитарной помощи в квалификации поставщиков этих услуг, а также в переориентации получателей услуг на первичное звено. Как уже отмечалось во вставке 1, именно это было сделано в рамках оптимизации работы в больнице «Чанги». Более того, огромное значение имеют механизмы для укрепления доверия между больницами и населением, на благо которого работают эти больницы. Эта работа требует развития коммуникации между руководством больниц, медицинскими работниками, непосредственно взаимодействующими с пациентами, получателями услуг и населением. Необходимо лучше информировать население о том, где можно получить те или иные услуги, и о любых изменениях и нововведениях (например, о появлении новых услуг и инструментов, таких как УЗИ и сканеры, или о временном прекращении работы).

⁸ Can VJ, Lewin TJ, Reid AL, Walton JM, Faehrmann C. An evaluation of effectiveness of a consultation-liaison in psychiatry services in general practice. *Aust N Z J Psychiatry*. 1997;31:714–25.

ВСТАВКА 3. ИНТЕГРАЦИЯ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ И МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ В НОВОМ ПРОЕКТЕ БОЛЬНИЧНОЙ ИНФРАСТРУКТУРЫ В ГЕРМАНИИ

Недавно построенный центр Бад-Нойштадт (клиника Röhn Klinikum в Германии) – пример нового подхода к инвестициям в больничную инфраструктуру. Центр обеспечит комплексное многосекторальное медицинское обслуживание, включая лечение и профилактику, в особенности при сложных клинических случаях у полиморбидных пациентов, зачастую с прямыми причинными связями между отдельными заболеваниями. Помогать пациентам со сложными и хроническими заболеваниями координировать процесс оказания им помощи будут т. н. навигаторы. Хотя сектор здравоохранения Германии характеризуется разделением стационарной и амбулаторной помощи, настоящий центр будет объединять оба типа услуг. В будущем в районе, который обслуживается данной больницей, предполагается интенсивно развивать контакты между врачами общей практики, клиниками и другими поставщиками услуг здравоохранения. С технической стороны такое сотрудничество станет возможным благодаря использованию инновационных решений в области информационных технологий. В основе работы центра будут лежать цифровые технологии, такие как телемедицина для консультаций и универсальный цифровой архив, что позволит расширить сетевое взаимодействие между секторами. Также предполагается использование электронных карт пациентов.

Помимо объединения врачей на уровне региона, эта модель позволит укрепить информационную базу, доступную как пациентам, так и экспертам. Например, проект «информационный автобус» направлен на просвещение граждан и предоставление специальной информации о заболеваниях в целях повышения грамотности в отношении здоровья и формирования доверия к медицинским услугам. Специально для пациентов будут разработаны платформы для обмена информацией, включая порталы, позволяющие в условиях открытости и гласности сравнивать клинические услуги, а также порталы для обратной связи, на которых пациенты смогут дать оценку предоставленным услугам.

Что нужно сделать для того, чтобы воплотить в жизнь такие преобразования в больничной помощи?

Радикальные преобразования структуры и функций больниц в ряде стран проводятся уже сейчас. Отдельные руководители больниц в государственном и в частном секторе выступают с инициативами по превращению своих больниц в учреждения, ориентированные на нужды местных сообществ и отдельных людей. В ходе исследования, проведенного Королевским фондом (King's Fund), руководители нескольких трастовых фондов в Соединенном

Королевстве рассказали о том, какой они видят свою роль в современной системе здравоохранения; эта роль не ограничивается только лишь управлением учреждениями, но также предусматривает вклад в обеспечение эффективности и устойчивости услуг здравоохранения в контексте местной системы: «Важно, чтобы этот процесс не свелся к «спорам за территорию» между моделями интеграции на базе первичной медико-санитарной помощи и на базе больниц. Больницы не должны ни доминировать, ни, наоборот, демонизироваться, но они определенно должны участвовать в диалоге»⁹.

Тем не менее политические, экономические и социальные интересы могут порождать непринятие вышеуказанных преобразований в больничной помощи, и эти силы нельзя недооценивать. Следовательно, для того чтобы начать и успешно осуществить общесистемный сдвиг парадигмы в сторону больниц, ориентированных на нужды местных сообществ и отдельных людей, потребуются решительные и согласованные меры политики. Добиться этого можно двумя способами:

- (заново) определить место, роль и функции больниц и установить четкие цели, сформировав таким образом новую модель социальной защиты и медицинской помощи, в которой больницам будет отведена подходящая роль;
- (заново) организовать внутреннюю структуру больниц и оптимизировать производственные процессы для повышения эффективности работы внутри организации и оказания пациентоориентированной помощи.

Два вышеописанных подхода тесно связаны между собой: внутренняя организация больницы и определение производственных процессов на всех уровнях оказания помощи ограничены местом, ролью и функциями больницы в рамках системы. В свою очередь, в условиях неэффективного и хаотичного управления, отсутствия процессов сбора, анализа и публикации данных об эффективности деятельности, когда основное внимание направлено на повышение объемов услуг и получение прибыли, в ущерб качеству и безопасности предоставляемой помощи и с нарушением норм инфекционного контроля, больница не сможет выполнять свою новую роль партнера в развитии первичной медико-санитарной помощи. В условиях

⁹ Naylor C. Integrated care: the end of the hospital as we know it? веб-сайт. London: The King's Fund Blog; 19 March 2015 (<https://www.kingsfund.org.uk/blog/2015/03/integrated-care-end-hospital-we-know-it>, по состоянию на 15 декабря 2018 г.).

крайне ограниченных ресурсов больницы (например, в больнице работают только один-два врача или происходят перебои с электроснабжением) расширить ее функции будет невозможно.

В документе с изложением позиции ВОЗ под названием «Больницы, ориентированные на нужды людей, для достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения» предлагаются различные меры, которые могли бы помочь системам здравоохранения в осуществлении таких преобразований, как то: (i) формирование у стран четкого понимания вклада больниц в достижение целей в отношении предоставления услуг; (ii) укрепление структуры и учреждений системы; (iii) введение новых «стимуляторов деятельности», таких как механизмы для обратной связи, своды правил и механизмы для выплат

поставщикам услуг; (iv) обеспечение необходимых условий для эффективной деятельности, в том числе надлежащей инфраструктуры, технологий, кадров и информационных систем. Региональные бюро ВОЗ также создают собственные технические руководства по управлению больницами и планированию их деятельности, и остается надеяться, что ключевые партнеры, такие как министерства здравоохранения и местные органы здравоохранения, будут следовать этим руководствам и способствовать их широкому распространению.

Ограничение ответственности: гости рубрики несут самостоятельную ответственность за мнения, выраженные в данной публикации, которые не обязательно представляют решения или политику Всемирной организации здравоохранения. ■