

Volume 4, Issue 4, December 2018

JOURNAL OF THE WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE

PUBLIC HEALTH

PANORAMA

Том 4, выпуск 4, декабрь 2018 г.

ЖУРНАЛ ЕВРОПЕЙСКОГО РЕГИОНАЛЬНОГО БЮРО ВОЗ

ПАНОРАМА  
ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

## Primary health care: time to accelerate

Population health management approach for integrated public health and primary health care *Coordinating primary and social care – new professional roles and emerging professions* Boosting generalist medical practitioners' competencies – the reform of medical education in Tajikistan *New working modalities: upgrading the model of care in family medicine in Slovenia* Quality improvements at practice level – ensuring access to primary health care for newly arrived refugees

## Первичная медико-санитарная помощь: время активизировать работу

Управление здоровьем населения с целью интеграции общественного здравоохранения и первичной медико-санитарной помощи *Координация между первичной и социальной помощью – новые профессиональные роли и новые профессии* Повышение квалификации врачей общей практики – реформа медицинского образования в Таджикистане *Новые условия работы: модернизация модели оказания помощи на уровне семейной медицины в Словении* Улучшение качества врачебной деятельности – обеспечение доступа к первичной медицинской помощи для вновь прибывших беженцев



---

## ABOUT US

Public Health Panorama is a peer-reviewed, bilingual (English–Russian), open-access journal published by the WHO Regional Office for Europe. It aims to disseminate good practices and new insights in public health from the 53 Member States in the Region. The mission of Public Health Panorama is to contribute to improving health in the Region by publishing timely and reliable research, and providing evidence, information and data for public health decision-making. One of the key innovations is its publication in both the English and Russian languages, allowing different parts of the Region to come together and share their knowledge.

---

## JOURNAL SECRETARIAT

**World Health Organization Regional Office for Europe**  
UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen O, Denmark  
Tel.: +45 45 33 70 00; Fax: +45 45 33 70 01  
Email: eupanorama@who.int;  
Website: www.euro.who.int/en/panorama;

---

## DISCLAIMER

The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement. The mention of specific companies or of certain manufacturers' products does not imply that they are endorsed or recommended by the World Health Organization in preference to others of a similar nature that are not mentioned. All reasonable precautions have been taken by the World Health Organization to verify the information contained in this publication. However, the published material is being distributed without warranty of any kind, either expressed or implied. The responsibility for the interpretation and use of the material lies with the reader. In no event shall the World Health Organization be liable for the damages arising from its use. The named authors alone are responsible for the views expressed in this publication.

ISSN 2412-544X

© World Health Organization 2018

Some rights reserved. All articles published in this issue are licensed under a [Creative Commons Attribution 3.0 IGO License](#).

---

## EDITORIAL TEAM

**Editorial advisers:** Roza Ádány (Hungary); Manfred Green (Israel); Anna Korotkova (Russian Federation); Maksut Kulzhanov (Kazakhstan); Catherine Law (UK); Ruta Nadisauskiene (Lithuania); Tomris Türmen (Turkey).

**Editorial board:** Colleen Acosta; Nils Fietje; Bahtygul Karriyeva; Anna Korotkova; Monika Danuta Kosinska; Gunta Lazdāne; Ledia Lazeri; Marco Martuzzi; Anna Cichowska Myrup; Dorit Nitzan; Ihor Perehinets; Jihane F. Tawilah; Pavel Ursu; Elena Varavikova.

**Editorial secretariat:** Katie Chapman; Paul Csagoly; Niels Eriksen; Elizabeth Farrell; Maria Greenblat; Zsuzsanna Jakab (Editor-in-chief); Ludmila Kotchoubeeva; Elena Labtsova; Andrei Reshetov; Ekateryna Smirnova; Claudia Stein; Leo Vita-Finzi; Nataliya Vorobyova, Dmytro Vozniuk.

This issue of *Public Health Panorama* was produced with the financial assistance of the Ministry of Health of the Russian Federation.

---

## О НАС

«Панорама общественного здравоохранения» – это рецензируемый научный, двуязычный (выходит на английском и русском языках) и общедоступный журнал, выпускаемый Европейским региональным бюро ВОЗ. Его целью является распространение информации о примерах лучшей практики и новых идеях в сфере общественного здравоохранения из 53 государств-членов Региона. Миссия журнала – способствовать укреплению здоровья в Регионе, публикуя своевременные и надежные результаты исследований, представляя факты, информацию и данные для принятия решений в сфере общественного здравоохранения. Одной из ключевых инноваций стала публикация статей одновременно на английском и русском языках, что объединяет разные части Региона и дает им возможность обмениваться знаниями.

---

## СЕКРЕТАРИАТ ЖУРНАЛА

**Европейское региональное бюро ВОЗ**  
UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark  
Тел.: +45 45 33 70 00; Факс: +45 45 33 70 01  
Эл. почта: eupanorama@who.int  
Веб-сайт: www.euro.who.int/ru/panorama

---

## ОГРАНИЧЕНИЕ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого-либо мнения Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти либо относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, в отношении которых пока еще может быть не достигнуто полное согласие. Упоминание конкретных компаний или продукции некоторых 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. Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее опубликованные материалы распространяются без какой-либо четко выраженной или подразумеваемой гарантии. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни в коем случае не несет ответственности за ущерб, возникший в результате использования этих материалов. Упомянутые авторы несут личную ответственность за мнения, выраженные в данной публикации.

ISSN 2412-544X

© Всемирная организация здравоохранения, 2018

Отдельные авторские права защищены. Все статьи данного выпуска опубликованы на условиях лицензии [Creative Commons Attribution 3.0 IGO License](#).

---

## РЕДАКЦИОННАЯ ГРУППА

**Советники редактора:** Roza Ádány (Венгрия); Manfred Green (Израиль); Анна Короткова (Российская Федерация); Максют Кульжанов (Казахстан); Catherine Law (Соединенное Королевство); Ruta Nadisauskiene (Литва); Tomris Türmen (Турция).

**Редакционный совет:** Colleen Acosta; Nils Fietje; Bahtygul Karriyeva; Анна Короткова; Monika Danuta Kosinska; Gunta Lazdāne; Ledia Lazeri; Marco Martuzzi; Anna Cichowska Myrup; Dorit Nitzan; Ihor Perehinets; Jihane F. Tawilah; Pavel Ursu; Елена Варавикова.

**Секретариат редакции:** Katie Chapman; Paul Csagoly; Niels Eriksen; Elizabeth Farrell; Maria Greenblat; Zsuzsanna Jakab (главный редактор); Ludmila Kotchoubeeva; Елена Лабцова; Andrei Reshetov; Екатерина Смирнова; Claudia Stein; Leo Vita-Finzi; Nataliya Vorobyova, Dmytro Vozniuk.

Этот номер «Панорамы общественного здравоохранения» выпущен при финансовой поддержке Министерства здравоохранения Российской Федерации.

## IN THIS ISSUE

## В ЭТОМ ВЫПУСКЕ

SPAIN  
ИСПАНИЯ

COORDENA questionnaire as an example of a tool for generating meaningful data on coordination across levels of care 653

Вопросник COORDENA – пример инструмента для получения значимых данных о координации на всех уровнях предоставления помощи 665

GERMANY  
ГЕРМАНИЯ

Use of eHealth to provide services to newly arrived refugees 586

Использование электронного здравоохранения для предоставления услуг вновь прибывшим беженцам 592

BELARUS  
БЕЛАРУСЬ

Development of the public health and primary health care systems and ongoing efforts to strengthen their integration 638

Развитие систем общественного здравоохранения и первичной медико-санитарной помощи, а также продолжающиеся усилия по укреплению их интеграции 645

FINLAND  
ФИНЛЯНДИЯ

Whole-system reform to integrate health and social services 679

Общесистемная реформа в целях интеграции медицинских и социальных услуг 688

AUSTRIA  
АВСТРИЯ

Supporting multiprofile teams in primary care 627

Поддержка многопрофильных бригад в системе первичной медико-санитарной помощи 632

SLOVENIA  
СЛОВЕНИЯ

Upgrading the model of care in family medicine 550

Модернизация модели оказания помощи на уровне семейной медицины 556

GREECE  
ГРЕЦИЯ

Towards evidence-informed integration of public health and primary health care 699

На пути к интеграции общественного здравоохранения и первичной медико-санитарной помощи с учетом фактических данных 715

KAZAKHSTAN  
КАЗАХСТАН

Effective communication and appropriate professional competencies to support patients in managing their treatment and health needs 564

Эффективная коммуникация и профессиональные компетенции для поддержки пациентов в управлении их собственным лечением и их потребностями в области здравоохранения 574



## CONTENTS

### EDITORIALS

Primary health care for universal health coverage: time to accelerate..... 495

Zsuzsanna Jakab

The case for accelerating primary health care strengthening on the 40th anniversary of the Alma-Ata Declaration ..... 500

Juan Tello, Erica Barbazza, Hans Kluge

Ten evidence-based policy accelerators for transforming primary health care in the WHO European Region..... 507

Erica Barbazza, Hanne Bak Pedersen, Yelzhan Birtanov, Manfred Huber, Kaisa Immonen, Melitta Jakab, Hans Kluge, Dionne Kringos, Natasha Azzopardi-Muscat, Salman Rawaf, Anna Stavdal, Juan Tello

### PANORAMA PEOPLE

Interview with the WHO inter-regional taskforce on hospitals..... 526

Interview with Margrieta Langins on the health workforce, interprofessionalism and the role of professional associations..... 538

Interview with Irina Kalinina on crowdsourcing public feedback for improving polyclinics in Moscow, the Russian Federation ..... 545

### CASE STUDIES AND LESSONS LEARNT

Upgrading the model of care in family medicine: a Slovenian example..... 550

Antonija Poplas Susič, Igor Švab, Zalika Klemenc-Ketis

Tailoring communication training for health care providers: a case study in translating research into practice ..... 564

Brett J Craig, Aizhan Kapysheva

Organization of access to primary health care for newly arrived refugees in Germany: a case study in the federal state of North Rhine-Westphalia ..... 586

Kristin Rolke, Judith Wenner, Oliver Razum

## СОДЕРЖАНИЕ

### ОТ РЕДАКЦИИ

Укрепление системы первичной медико-санитарной помощи для достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения: пора активизировать работу ..... 497

Zsuzsanna Jakab

Аргументы в пользу активизации мер по укреплению первичной медико-санитарной помощи в 40-ю годовщину Алма-Атинской декларации ..... 503

Juan Tello, Erica Barbazza, Hans Kluge

Десять проверенных опытом мер политики, стимулирующих реформирование системы первичной медико-санитарной помощи в Европейском регионе ВОЗ..... 515

Erica Barbazza, Hanne Bak Pedersen, Елжан Биртанов, Manfred Huber, Kaisa Immonen, Melitta Jakab, Hans Kluge, Dionne Kringos, Natasha Azzopardi-Muscat, Salman Rawaf, Anna Stavdal, Juan Tello

### ЛЮДИ «ПАНОРАМЫ»

Интервью с межрегиональной рабочей группой ВОЗ по вопросам больничной помощи..... 531

Интервью с Маргриетой Лангинс о работниках здравоохранения, межпрофессиональном подходе и роли профессиональных ассоциаций ..... 541

Интервью с Ириной Калининой по поводу обратной связи с общественностью с целью улучшения работы поликлиник в Москве, Российская Федерация ..... 547

### ПРИМЕРЫ ИЗ ПРАКТИКИ И ИЗВЛЕЧЕННЫЕ УРОКИ

Модернизация модели оказания помощи на уровне семейной медицины: пример Словении. 556

Antonija Poplas Susič, Igor Švab, Zalika Klemenc-Ketis

Адаптация тренинга по коммуникации для поставщиков медицинских услуг: пример преобразования результатов исследований в практическую работу ..... 574

Brett J Craig, Aizhan Kapysheva

## Improving the quality of Primary Health Care through the reform of Medical Education in Tajikistan ..... 599

Helen Prytherch, Renato L. Galeazzi, Mouazamma Djamaalova, Nargis Rakhmatova, Zuhra Kasymova, Greta Ross, Shakhlo Yarbaeva, Kaspar Wyss

### SHORT COMMUNICATION

## Developing integration around primary care: new professional roles and emerging professions in integrated care delivery..... 615

Stefania Ilinca, Kai Leichsenring, Ricardo Rodrigues

## The Austrian health care reform: an opportunity to implement health promotion into primary health care units ..... 627

Daniela Rojatz, Peter Nowak, Rainer Christ

## Strengthening primary health care to better address NCDs: piloting new models of patient-centred care in Belarus ..... 638

Andrei Famenka, Tatjana Migal, Batyr Berdyklychev, Valiantsin Rusovich, Arnoldas Jurgutis

### ORIGINAL RESEARCH

## Adapting the COORDENA questionnaire for measuring clinical coordination across health care levels in the public health system of Catalonia (Spain) ..... 653

María-Luisa Vázquez Navarrete, Ingrid Vargas Lorenzo, Anabel Romero, Elvira Sánchez, Isabel Ramon, Pere Plaja, Angels AVECILLA and Rosa Morral

### POLICY AND PRACTICE

## Integrating health and social services in Finland: regional and local initiatives to coordinate care ..... 679

Ilmo Keskimäki, Timo Sinervo, Juha Koivisto

### REVIEW

## Towards evidence-informed integration of public health and primary health care: experiences from Crete..... 699

Christos Lionis, Elena Petelos, Sophia Papadakis, Ioanna Tsiligianni, Marilena Anastasaki, Agapi Angelaki, Antonis Bertsias, Enkeleint Aggelos Mechili, Maria Papadakaki, Dimitra Sifaki-Pistolla, Emmanouil Symvoulakis

## Организация доступа к услугам первичной медико-санитарной помощи для новоприбывших беженцев в Германии: пример из практики федеральной земли Северный Рейн – Вестфалия..... 592

Kristin Rolke, Judith Wenner, Oliver Razum

## Повышение качества первичной медико-санитарной помощи через реформу медицинского образования в Таджикистане ..... 606

Helen Prytherch, Renato L. Galeazzi, Муазамма Джамалова, Наргис Рахматова, Зухра Касымова, Greta Ross, Шахло Ярбаева, Kaspar Wyss

### КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

## Дальнейшая интеграция в сфере первичной медико-санитарной помощи: новые профессиональные роли и новые специальности в рамках оказания интегрированной помощи ..... 620

Stefania Ilinca, Kai Leichsenring, Ricardo Rodrigues

## Австрийская реформа здравоохранения: возможность осуществлять укрепление здоровья на уровне учреждений первичной медико-санитарной помощи..... 632

Daniela Rojatz, Peter Nowak, Rainer Christ

## Укрепление первичной медицинской помощи для борьбы с неинфекционными заболеваниями: опробование новых моделей пациент-ориентированной помощи в Беларуси ..... 645

Andrei Famenka, Tatjana Migal, Batyr Berdyklychev, Valiantsin Rusovich, Arnoldas Jurgutis

### ОРИГИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

## Адаптация вопросника COORDENA для измерения клинической координации между разными уровнями медицинской помощи в системе здравоохранения Каталонии (Испания) ..... 665

María-Luisa Vázquez Navarrete, Ingrid Vargas Lorenzo, Anabel Romero, Elvira Sánchez, Isabel Ramon, Pere Plaja, Angels AVECILLA, Rosa Morral

---

**ПОЛИТИКА И ПРАКТИКА**

**Интеграция служб здравоохранения  
и социального обеспечения в Финляндии:  
региональные и местные инициативы по  
координации оказания помощи ..... 688**

Ilmo Keskimäki, Timo Sinervo, Juha Koivisto

**ОБЗОР**

**На пути к интеграции  
общественного здравоохранения  
и первичной медико-санитарной помощи  
с учетом фактических данных: опыт Крита..... 715**

Christos Lionis, Elena Petelos, Sophia Papadakis, Ioanna Tsiligianni,  
Marilena Anastasaki, Agapi Angelaki, Antonis Bertias,  
Enkeleint Aggelos Mechili, Maria Papadakaki, Dimitra Sifaki-Pistolla,  
Emmanouil Symvoulakis

## EDITORIAL

### Primary health care for universal health coverage: time to accelerate

Zsuzsanna Jakab  
WHO Regional Director for Europe



Primary health care is at a crossroads. It has been established as the foundation of health systems across the WHO European Region (1), as the countries of the Region have made it their ambition, without exception, to advance the principles laid out in the Alma-Ata Declaration (2). This in turn has yielded improved population health and health equity, as well as economic advantages such as slower growth in health care spending (3). It has also proved to be the best platform for responding to changing health needs and demographics, environmental challenges and emergencies (4, 5).

Yet, on the occasion of the 40th anniversary of the Declaration, we are confronted with persistent challenges and new trends that need to be curbed, including: quality deficiencies that contribute to performance gaps, such as preventable hospitalizations for conditions sensitive to primary care; increasing numbers of people from vulnerable groups who are in need of tailored interventions; and persistent issues of prestige in primary care, which weaken the workforce. Tackling these so-called “elephants in the room” is necessary to secure the public’s trust, attract new talent, and counter entrenched attitudes and structures that have continued to stand in the way of primary health care.

With the 2030 deadline for achieving the global Sustainable Development Goals (SDGs) on the horizon, there is new impetus to reach universal health coverage via strengthened primary health care. Never before have we been more likely to succeed in this endeavour. This anniversary year has brought with it a surge in political momentum in the European Region: from

the high-level meeting on noncommunicable diseases in Sitges, Spain, to the themes of the Tallinn Charter’s 10th anniversary – include, invest, innovate – primary health care has been put at the heart of responsive and sustainable health systems (6).

In the days before the Global Conference on Primary Health Care, held in Astana, Kazakhstan, the WHO Regional Office for Europe hosted the WHO European Healthy Cities Network in Almaty, Kazakhstan, where the Almaty Acclamation of Mayors (7) was adopted. This commitment reiterates the essential role of cities, urban places and local governments in achieving health for all. The scientific community from the Commonwealth of Independent States also gathered in Almaty at a conference dedicated to facilitating linkages between policy, research, education and innovative practice (8). Other European events, including a consultation on the responsible use of medicines and a workshop on the integrated delivery of health and social care, have served to take stock of strategies and share country experiences for primary health care strengthening in the Region.

The year culminated with the adoption of the Astana Declaration at the Global Conference on Primary Health Care. Adoption of the Declaration means that primary health care was not only born but has now also been immortalized in our Region. The global leadership of Kazakhstan is to be greatly credited for this achievement, along with its unwavering commitment to primary health care.

Now our work begins. The need to accelerate primary health care is the key message and theme of this special issue of *Public*

*Health Panorama*. The editorials propose 10 policy accelerators drawn from the articles in the issue itself, and make the case that research and practice have minimized uncertainty and provide a clear agenda for getting to work. The accelerators are the tried and tested opportunities for making change happen. They are rooted in the pillars of the European Framework for Action on Integrated Health Services Delivery (9), and apply systems thinking to put each into practice.

Implementing the Astana Declaration will require leadership at all levels. The editorials bring on board varied perspectives to start a conversation on implementation with actors at different levels of engagement, and illustrate the cross-sectoral action required to see through bold policy choices.

The Regional Office is fully committed to supporting countries in progressing towards the SDGs. For this progress to occur, implementation mechanisms are needed. A multi-agency coalition on primary health care in the Region is one such mechanism being established; it will act as a pan-European enabler to facilitate and promote the implementation of SDG 3, to ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages, including target 3.8 on universal health coverage. In our Region, the WHO European Centre for Primary Health Care, based in Almaty, acts as a resource centre and as a hub for technical expertise and policy advice to take forward this and other efforts that aim to achieve people-centred, integrated health services delivery.

With this special issue of *Public Health Panorama*, we wrap up the year-long celebrations of primary health care. From the team working together on the cover, to the varied country cases illustrating policy in practice, research articles testing new tools and approaches, and discussion pieces, this special issue is about sharing experiences, showcasing innovation and inspiring action.

## REFERENCES<sup>1</sup>

1. From Alma-Ata to Astana: Primary health care – reflecting on the past, transforming for the future. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/384757/AA40-Report-E-FINAL-FOR-WEB.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/384757/AA40-Report-E-FINAL-FOR-WEB.pdf?ua=1)).

2. Declaration of Alma-Ata. Adopted at the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978 ([https://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf)).
3. Kluge H, Kelley E, Swaminathan S, Yamamoto N, Fisseha S, Theodorakis P et al. After Astana: building the economic case for increased investment in primary health care. *Lancet*. 2018;392:2147–52.
4. Ghebreyesus TA, Fore H, Birtanov Y, Jakab Z. Primary health care for the 21st century, universal health coverage, and the Sustainable Development Goals. *Lancet*. 2018;392:1371–2.
5. Balabanova D, Mills A, Conteh L, Akkazieva B, Banteyerga H, Dash U et al. Good health at low cost 25 years on: lessons for the future of health systems strengthening. *Lancet*. 2013;15:2118–33.
6. WHO Regional Committee for Europe resolution EUR/RC68/R3. Reaffirming commitment to health systems strengthening for universal health coverage, better outcomes and reduced health inequalities. Rome: WHO Regional Office for Europe; 2018 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/382239/68rs03e\\_HS\\_180667.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/382239/68rs03e_HS_180667.pdf)).
7. Almaty Acclamation of Mayors: cities at the frontline of health and well-being for all. Adopted at the WHO European Healthy Cities Network, Summit of Mayors, Almaty, Kazakhstan, 23–24 October 2018 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/376833/almaty-acclamation-mayors-eng.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/376833/almaty-acclamation-mayors-eng.pdf?ua=1)).
8. Almaty scientific conference explores the crossroads of policy, research, education and practice in primary health care [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/primary-health-care/news/news/2018/11/almaty-scientific-conference-explores-the-crossroads-of-policy,-research,-education-and-practice-in-primary-health-care>).
9. Strengthening people-centred health systems in the WHO European Region: framework for action on integrated health services delivery. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (EUR/RC66/15; [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/315787/66wd15e\\_FFA\\_IHSD\\_160535.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/315787/66wd15e_FFA_IHSD_160535.pdf?ua=1)). ■

<sup>1</sup> All references accessed on 4 December 2018.



## ОТ РЕДАКЦИИ

### Укрепление системы первичной медико-санитарной помощи для достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения: время активизировать работу

Zsuzsanna Jakab

Директор Европейского регионального бюро ВОЗ



Первичная медико-санитарная помощь переживает переломный момент. В странах Европейского региона ВОЗ она создавалась в качестве фундамента системы здравоохранения (1). Все без исключения страны Региона с готовностью следуют принципам, утвержденным Алма-Атинской декларацией (2). Это привело к улучшению показателей здоровья населения и равенства в отношении здоровья, а также принесло экономические выгоды – в частности, позволило замедлить рост расходов на здравоохранение (3), и стало превосходной базой для реагирования на новые потребности в области здоровья, демографические и природоохранные задачи и чрезвычайные ситуации (4, 5).

В то же время сейчас, спустя 40 лет после принятия Декларации, мы сталкиваемся как с насущными проблемами, так и с новыми тревожными тенденциями, включая недостатки в качестве обслуживания, из-за чего снижается эффективность работы. В частности, это касается случаев госпитализации, которой можно было бы избежать, будь первичная медико-санитарная помощь более действенной; растущей численности уязвимых групп населения, которые нуждаются в специализированных вмешательствах; и традиционной проблемы невысокой престижности работы в первичном звене, что подрывает его кадровый потенциал. От решения этих серьезных проблем, ставших привычными и потому будто бы незаметными, зависит, удастся ли нам завоевать доверие общественности, привлечь новые квалифицированные кадры и побороть укоренившиеся предубеждения и конструкции,

которые по-прежнему препятствуют эффективной организации первичной медико-санитарной помощи.

По мере приближения 2030 г. – крайнего срока для выполнения Целей в области устойчивого развития (ЦУР) – у нас появился еще один стимул для достижения всеобщего охвата услугами здравоохранения: укрепление системы первичной медико-санитарной помощи. Сегодня мы как никогда близки к этой цели. Текущий, юбилейный год характеризуется очень высокой поддержкой и заинтересованностью на политическом уровне в Европейском регионе: в частности, на таких важных мероприятиях, как совещание высокого уровня по борьбе с неинфекционными заболеваниями в Ситжесе (Испания) и конференция, посвященная инклюзивности, инвестициям и инновациям в контексте десятилетней годовщины подписания Таллинской хартии, первичная медико-санитарная помощь была признана основой гибких и устойчивых систем здравоохранения (6).

В преддверии Глобальной конференции по первичной медико-санитарной помощи, прошедшей в Астане (Казахстан), Европейское региональное бюро ВОЗ организовало в Алматы (Казахстан) Саммит мэров – участников сети ВОЗ «Здоровые города», на котором было принято Алма-тинское заявление мэров (7) – документ, подтверждающий важную роль городов, городских районов и местных органов власти в обеспечении здоровья для всех. Также в Алматы состоялась конференция, посвященная налаживанию связей между политикой, научными исследованиями, образованием и инновациями, в которой приняли

участие представители научного сообщества из Содружества Независимых Государств (8). В числе других мероприятий, прошедших в Европейском регионе, следует отметить консультацию по ответственному применению лекарственных средств и семинар по комплексному оказанию медицинской помощи и обеспечению социальной защиты, которые позволили обсудить эффективность существующих стратегий и поделиться опытом в укреплении систем первичной медико-санитарной помощи в различных странах Региона.

Главным событием года стало принятие на Глобальной конференции по первичной медико-санитарной помощи Астанинской декларации, наглядно продемонстрировавшее, что наш Регион не только стал колыбелью первичной медико-санитарной помощи – здесь же она была и увековечена. Во многом это стало возможным благодаря роли Казахстана как глобального лидера в данной сфере, и нам следует воздать этой стране должное за непреклонную приверженность развитию первичной медико-санитарной помощи.

Нам предстоит немало сделать. Настоящий специальный выпуск «Панорамы общественного здравоохранения» напоминает о необходимости активизации развития первичной медико-санитарной помощи. В статьях от редакции вашему вниманию будут представлены 10 стимулирующих мер политики, которые более подробно описаны непосредственно в статьях, включенных в выпуск. Их авторы доказывают, что научные исследования и практическая деятельность позволили добиться хорошего понимания ситуации и выработать четкую повестку дня для дальнейшей работы. Предлагаемые стимулирующие меры политики представляют собой проверенные и доказавшие свою эффективность методы осуществления изменений. Они выстроены на принципах Европейской рамочной основы для действий по организации интегрированного предоставления услуг (9) и на системном подходе к практической реализации.

Для реализации Астанинской декларации потребуются лидерство на всех уровнях. В статьях от редакции представлены различные точки зрения, которые откроют дискуссию о реализации Декларации на различных уровнях, и приводятся примеры межсекторальной деятельности, без которой невозможно будет воплотить в жизнь решительные инициативы в области политики.

Региональное бюро сделает все возможное, чтобы поддерживать страны в достижении ЦУР. Для этого будут

необходимы механизмы реализации. Одним из таких механизмов, который в настоящее время создается в Регионе, является коалиция организаций по первичной медико-санитарной помощи. Коалиция станет общеевропейским механизмом для содействия достижению ЦУР 3 («обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте»), в том числе задачи 3.8 по обеспечению всеобщего охвата услугами здравоохранения. В нашем Регионе роль ресурсного центра, оказывающего техническую помощь и занимающегося выработкой рекомендаций в области политики для этого и других направлений деятельности по развитию системы комплексного предоставления услуг, ориентированных на нужды людей, играет Европейский центр ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи в Алматы.

Данным специальным выпуском «Панорамы общественного здравоохранения» мы завершаем цикл мероприятий, посвященных первичной медико-санитарной помощи, который продолжался весь этот год. Главными темами вошедших в него научных статей с описанием новых инструментов и подходов и полемических заметок стали обмен опытом, обсуждение инноваций и стимулирование дальнейшей деятельности, и поэтому обложку издания мы решили украсить иллюстрацией командной работы.

## БИБЛИОГРАФИЯ<sup>1</sup>

1. От Алма-Аты до Астаны: первичная медико-санитарная помощь – осмысление прошлого, преобразование во имя будущего. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2018 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/384765/Astana\\_A40\\_Report\\_rus.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/384765/Astana_A40_Report_rus.pdf?ua=1)).
2. Алма-Атинская декларация. Принята на Международной конференции по первичной медико-санитарной помощи, Алма-Ата, СССР, 6–12 сентября 1978 г. ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/113875/E93944R.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/113875/E93944R.pdf)).
3. Kluge H, Kelley E, Swaminathan S, Yamamoto N, Fisseha S, Theodorakis P et al. After Astana: building the economic case for increased investment in primary health care. *Lancet*. 2018;392:2147–52.
4. Ghebreyesus TA, Fore H, Birtanov Y, Jakab Z. Primary health care for the 21st century, universal health coverage, and the Sustainable Development Goals. *Lancet*. 2018;392:1371–2.
5. Balabanova D, Mills A, Conteh L, Akkazieva B, Banteyerga H, Dash U et al. Good health at low cost 25 years on: lessons for the future of health systems strengthening. *Lancet*. 2013;15:2118–33.

<sup>1</sup> Все ссылки приводятся по состоянию на 11 декабря 2018 г.

6. Вновь подтвердить приверженность делу укрепления систем здравоохранения в целях обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения, улучшения итоговых показателей здоровья людей и сокращения неравенств в отношении здоровья. Рим: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2018 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/382249/68rs03r\\_HS\\_Resolution\\_180667.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/382249/68rs03r_HS_Resolution_180667.pdf?ua=1)).
7. Алматинское официальное заявление мэров: города на переднем крае охраны здоровья и благополучия для всех. Принято на Саммите мэров Европейской сети ВОЗ «Здоровые города», Алматы, Казахстан, 23–24 октября 2018 г. ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/376924/almaty-acclamation-mayors-rus.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/376924/almaty-acclamation-mayors-rus.pdf?ua=1)).
8. Almaty scientific conference explores the crossroads of policy, research, education and practice in primary health care [веб-сайт]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 (<http://www.euro.who.int/en/countries/kazakhstan/news/news/2018/11/almaty-scientific-conference-explores-the-crossroads-of-policy,-research,-education-and-practice-in-primary-health-care>).
9. Укрепление систем здравоохранения, ориентированных на нужды и запросы людей, в Европейском регионе ВОЗ: рамочная основа для действий по организации согласованного/комплексного предоставления медицинских услуг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 (EUR/RC66/15; <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/108628/e96929r.pdf?sequence=2&isAllowed=y>). ■

---

 EDITORIAL
 

---

## The case for accelerating primary health care strengthening on the 40th anniversary of the Alma-Ata Declaration



Juan Tello

Head, WHO European Centre for Primary Health Care, Division of Health Systems and Public Health, WHO Regional Office for Europe



Erica Barbazza

PhD candidate and HealthPros Fellow, Amsterdam University Medical Centre, Department of Public Health, University of Amsterdam, Amsterdam Public Health Research Institute



Hans Kluge

Director, Division of Health Systems and Public Health, WHO Regional Office for Europe

### THE ENDURING CASE FOR PRIMARY HEALTH CARE

A staggering 80% to 90% of people's health needs can be provided by adopting a primary health care approach to services delivery (1). In other words, when optimally designed, organized and managed to deliver a broad continuum of quality services, primary health care can effectively meet the majority of health needs people encounter throughout their lives. Furthermore, when primary health care becomes the anchor for health systems in communities, it can connect public health, specialized care and social care services in mutually beneficial ways that embody the foundational principles of the 1978 Declaration of Alma-Ata (2).

Four decades following the adoption of the Declaration, a primary health care approach can now be found at the core of any well-functioning health system. There is strong evidence that health systems developed around primary health care deliver better health outcomes at a lower cost, and that they can mitigate the negative impact of poor economic conditions

on health (3, 4). Primary health care has also proved to be the best platform for responding to changing health needs, demographics, environmental challenges and emergencies (5, 6). It is this link between primary health care, health system performance and health outcomes that has solidified its importance and continued relevance in this 40th anniversary year of the Declaration.

### DECADES OF UNPRECEDENTED CHANGE

During these 40 years, the countries of the WHO European Region have transitioned through fundamental political, economic and societal changes. This includes, notably, the countries of the former Soviet Union that have undergone large-scale reforms and, in doing so, have endeavoured without exception to introduce a general practice or family medicine model (7).



At the same time, primary health care has been challenged to continuously decode changing health needs, and then to adapt and evolve. Trends demanding attention include population ageing and the growing burden of noncommunicable diseases and multimorbidities, alongside an epidemic of chronicity, persisting inequalities and widening gender gaps. Coupled with the wide-reaching digitalization of society and the remarkable scale of innovation in technology and advances in medicine, the past 40 years are undoubtedly a period of unprecedented change.

## THE IMPORTANCE OF ACCELERATING

In 2018, despite the progress made at keeping up a good pace, our attention has been called to the critical link between primary health care and universal health coverage, and the work still needed to meet the 2030 Sustainable Development Goals.

On services delivery, there is growing recognition that poor quality, independent of access, can be a barrier to universal health coverage (8). Over the course of 2018, a series of flagship reports have put a spotlight on deficiencies in the quality of health services (9–11). This work has included measuring the gap between the quality of care delivered and the quality of care that *could* be delivered, based on best available practice. This gap is estimated to contribute to between 5.7 and 8.4 million deaths annually in low- and middle-income countries (11). That is more than all of the deaths combined globally from HIV, tuberculosis and malaria, making poor quality a major source of loss of life and well-being worldwide (11).

Earlier studies from the European Region have also revealed similar quality deficiencies. For example, a series of country case studies on ambulatory care sensitive conditions (ACSCs) – conditions for which hospitalizations are to a large extent preventable through services delivery based on strong primary health care – revealed that 40% to 80% of hospitalizations for selected ACSCs were avoidable in the countries studied (12).

On the path towards universal health coverage, primary health care also has a critical role in extending coverage. In the Region, widening segments of the population are calling for tailored interventions to extend coverage, including: the aged; patients with multiple, chronic care needs; and vulnerable groups, such as the homeless, refugees and migrant workers. Regarding financing, more work is also needed. For example, a recent study of 25 countries in the Region found that the

share of households impoverished or further impoverished due to out-of-pocket payments on health ranges from 0.3% to 8.2% (13). In Europe, medicines are a major driver of financial hardship. They are also an integral part of primary care (13).

## THE EVIDENCE AND KNOW-HOW TO DO SO

Despite these challenges, there is a shared sentiment that efforts to reinvigorate primary health care have never before been more likely to succeed (14). This can be credited in large part to the coupling of political leadership, marked by the endorsement of the Declaration of Astana (15), with a critical mass of evidence and know-how. Over the course of this anniversary year alone, a record number of scientific journals have dedicated special issues to primary health care and family medicine, from the *Lancet* (16), *BMJ* (17) and the *Journal of Primary Health Care Research and Development* (18), to policy-oriented journals, including the *Pan American Journal of Public Health* (19) and this edition of *Public Health Panorama*. In addition to this are the numerous international and national events, blogs and commentaries that have been inspired by the important 40th anniversary.

Taken together, it is clear that the current alignment of policy momentum and scientific and practical intelligence is an opportunity that cannot be missed. And with a view to 2030, there is no time to waste.

## REFERENCES<sup>1</sup>

1. The Astana Declaration: the future of primary health care? *Lancet*. 2018;392:1369.
2. Declaration of Alma-Ata. Adopted at the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978 ([https://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf)).
3. From Alma-Ata to Astana: Primary health care – reflecting on the past, transforming for the future Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 ([http://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/phc-regional-report-europe.pdf?sfvrsn=cf2badeb\\_2](http://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/phc-regional-report-europe.pdf?sfvrsn=cf2badeb_2)).
4. The World Health Report 2008 – Primary health care: now more than ever. Geneva: World Health Organization; 2008.
5. Ghebreyesus TA, Fore H, Birtanov Y, Jakab Z. Primary health care for the 21st century, universal health coverage, and the Sustainable Development Goals. *Lancet*. 2018;392:1371–2.

<sup>1</sup> All references were accessed 4 December 2018.

6. Balabanova D, Mills A, Conteh L, Akkazieva B, Banteyerga H, Dash U et al. Good health at low cost 25 years on: lessons for the future of health systems strengthening. *Lancet*. 2013;15:2118–33.
7. Rechel B, Richardson E, McKee M, editors. Trends in health systems in the former Soviet countries. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014.
8. Hanefeld J, Powell-Jackson T, Baladanova D. Understanding and measuring quality of care: dealing with complexity. *Bull World Health Organ*. 2017;95:368–74.
9. Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage. Geneva: World Health Organization, Organisation for Economic Co-operation and Development, and the World Bank; 2018 (<http://documents.worldbank.org/curated/en/482771530290792652/pdf/127816-REVISED-quality-joint-publication-July2018-Complete-vignettes-ebook-L.pdf>).
10. Kruk M, Gage AD, Arsenault C, Jordan K, Leslie H, Roder-DeWan S et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *Lancet Glob Health*. 2018;6:e1196–252.
11. National Academies of Sciences, Engineering and Medicine. Crossing the global quality chasm: Improving health care worldwide. Washington (DC): The National Academies Press; 2018. doi: 10.17226/25152.
12. Assessing health services delivery performance with hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/305875/Assessing-HSD-performance-with-ACSH.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/305875/Assessing-HSD-performance-with-ACSH.pdf?ua=1)).
13. Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 (EUR/RC68/11; [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/378293/68wd11e\\_CanPeopleAffordHealthCare\\_180443.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/378293/68wd11e_CanPeopleAffordHealthCare_180443.pdf?ua=1)).
14. Kluge H, Kelley E, Barkley S, Theodorakis PN, Yamamoto N, Tsoy A et al. How primary health care can make universal health coverage a reality, ensure healthy lives, and promote wellbeing for all. *Lancet*. 2018;392:1372–4.
15. Declaration of Astana. Global Conference on Primary Health Care: from Alma-Ata towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Astana, Kazakhstan, Oct 25–26, 2018. Geneva and New York (NY): World Health Organization and the United Nations Children's Fund; 2018 (<https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>).
16. James A, Summerskill W, Horton R. Primary care research: a call for papers. *Lancet*. 2018 17;391:642.
17. Topp SM, Abimbola S. Call for papers – the Alma Ata Declaration at 40: reflections on primary healthcare in a new era. *BMJ Global Health*. 2018;3:e000791 (<http://gh.bmj.com/content/3/2/e000791.abstract>).
18. Primary Health Care Research and Development. Call for papers – 40 years after the Alma-Ata Declaration [website]. Cambridge: Cambridge University Press; 2018 (<https://www.cambridge.org/core/journals/primary-health-care-research-and-development/call-for-papers-40-years-after-thealma-ata-declaration>).
19. Special issue on primary health care in the Americas: 40 years after Alma-Ata. In: Primary Health Care/Alma-Ata [website]. Washington (DC): Pan American Journal of Public Health; 2018 ([https://www.paho.org/journal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=251:primary-health-care-alma-ata&Itemid=861](https://www.paho.org/journal/index.php?option=com_content&view=article&id=251:primary-health-care-alma-ata&Itemid=861)). ■

## ОТ РЕДАКЦИИ

### Аргументы в пользу активизации мер по укреплению первичной медико-санитарной помощи в 40-ю годовщину Алма-Атинской декларации



Juan Tello

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



Erica Barbazza

Кандидат наук и научный сотрудник по программе HealthPros, кафедра общественного здравоохранения, Университетский медицинский центр Амстердама, Амстердамский университет, Амстердамский институт исследований в области общественного здравоохранения



Hans Kluge

Директор Отдела систем здравоохранения и охраны общественного здоровья, Европейское региональное бюро ВОЗ

## ВЕСОМЫЙ АРГУМЕНТ В ПОЛЬЗУ ПЕРВИЧНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Внедрение подхода к предоставлению услуг здравоохранения с упором на первичную медико-санитарную помощь позволит практически полностью – на 80–90% – обеспечить потребности людей в отношении здоровья (1). Иными словами, оптимальным образом разработанная, организованная и функционирующая система первичной медицинской помощи, нацеленная на оказание широкого спектра качественных услуг, может эффективно удовлетворить большую часть потребностей в отношении здоровья, возникающих у людей на протяжении всей жизни. Более того, когда первичная медико-санитарная

помощь становится фундаментом для системы охраны здоровья населения, она выполняет роль связующего звена и стимулирует взаимовыгодное сотрудничество между общественным здравоохранением, службами специализированной помощи и системой социальной защиты, в соответствии с основополагающими принципами Алма-Атинской декларации 1978 г. (2).

Сегодня, спустя 40 лет после принятия Декларации, подход с упором на первичную медико-санитарную помощь лежит в основе любой эффективной системы здравоохранения. Имеющиеся фактические данные убедительно доказывают, что системы здравоохранения, в основе которых лежит первичная медико-санитарная помощь, обеспечивают более высокие показатели здоровья при меньших затратах и уменьшают негативные последствия

экономических трудностей для здоровья людей (3, 4). Первичная медико-санитарная помощь также зарекомендовала себя как наилучшая платформа для удовлетворения меняющихся потребностей в отношении здоровья в условиях демографического сдвига, экологических проблем и чрезвычайных ситуаций (5, 6). Именно эта связь между первичной медико-санитарной помощью, эффективностью системы здравоохранения и улучшением показателей здоровья делает первичное звено столь важной частью системы здравоохранения в наши дни, спустя 40 лет после принятия Декларации.

## БЕСПРЕЦЕДЕНТНЫЕ ПЕРЕМЕНЫ

За последние 40 лет в странах Европейского региона ВОЗ произошли коренные изменения в области политики, экономики и устройства общества. В частности, это утверждение применимо ко всем без исключения странам бывшего Советского Союза, которые провели широкомасштабные реформы и, таким образом, начали переход к модели общей практики или семейной медицины (7).

В то же время система первичной медико-санитарной помощи вынуждена своевременно распознавать меняющиеся потребности населения в отношении здоровья и непрерывно совершенствоваться, адаптируясь к ним. Особого внимания заслуживают такие тенденции, как старение населения, растущее бремя неинфекционных заболеваний и полиморбидность, а также эпидемия хронических заболеваний, сохраняющиеся неравенства и растущий гендерный разрыв. Все вышесказанное, особенно на фоне повсеместного перехода к цифровым технологиям, поражающих своими масштабами технологических инноваций и достижений в области медицины, позволяет нам назвать последние 40 лет эпохой беспрецедентных перемен.

## НЕОБХОДИМО АКТИВИЗИРОВАТЬ УСИЛИЯ

Несмотря на впечатляющие темпы прогресса и немалые успехи, в 2018 г. возникла необходимость обратить особое внимание на очень важную связь между первичной медико-санитарной помощью и всеобщим охватом услугами здравоохранения, а также на ту работу, которую нам еще предстоит проделать для того, чтобы к 2030 г. выполнить Цели в области устойчивого развития.

В подобных условиях особое значение приобретает вопрос предоставления услуг: все чаще признается, что низкое качество обслуживания, независимо от степени его доступности, может препятствовать обеспечению всеобщего охвата услугами здравоохранения (8). В 2018 г. были опубликованы сразу несколько ключевых докладов, в которых говорится о проблеме низкого качества медицинского обслуживания (9–11). При их подготовке была проведена оценка разрыва между фактическим качеством медицинского обслуживания и тем качеством, которого *можно было бы добиться*, исходя из существующей наилучшей практики. По имеющимся оценкам, этот разрыв ежегодно становится причиной смерти от 5,7 до 8,4 миллиона человек в странах с низким и средним уровнем дохода (11) – больше, чем от ВИЧ-инфекции, туберкулеза и малярии во всем мире, что делает низкое качество услуг одной из основных причин смертности и снижения уровня благополучия в глобальном масштабе (11).

Проблема низкого качества услуг упоминалась и в более ранних исследованиях в Европейском регионе. Например, в ходе проведенных на уровне ряда стран тематических исследований по проблеме заболеваний, поддающихся лечению на амбулаторном уровне (ACSC), – т. е. состояний, при которых в большинстве случаев госпитализация не потребуется при условии оказания надлежащей помощи на уровне эффективного первичного звена, – было обнаружено, что от 40% до 80% случаев госпитализации при определенных ACSC в этих странах можно было бы предотвратить (12).

Первичная медико-санитарная помощь также играет важную роль в расширении охвата медицинским обслуживанием и, в конечном итоге, в обеспечении всеобщего охвата услугами здравоохранения. В Европейском регионе все больше людей нуждаются в целенаправленных мерах по расширению охвата услугами: это лица старшего возраста, люди с несколькими хроническими заболеваниями и представители уязвимых групп, такие как бездомные, беженцы и трудовые мигранты. Дополнительные меры требуются и в сфере финансирования. Например, согласно результатам исследования, недавно проведенного в 25 странах Региона, доля домохозяйств, которые оказались за чертой бедности или еще более обеднели вследствие прямых платежей за услуги здравоохранения, составляет от 0,3% до 8,2% (13). Одной из главных причин финансовых проблем в Европе является необходимость платить за лекарства, и этот вопрос также находится в компетенции первичной медико-санитарной помощи (13).



## ФАКТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ И НОУ-ХАУ

Несмотря на вышеупомянутые вызовы, стоящие перед нами, мы разделяем общую уверенность в том, что усилия по укреплению первичной медико-санитарной помощи сегодня имеют больше шансов на успех, чем когда бы то ни было (14). В значительной степени это можно объяснить сочетанием политического лидерства, о котором свидетельствует принятие Астанинской декларации (15), и критической массы фактических данных и ноу-хау. Только лишь в текущем, юбилейном, году специальные выпуски по теме первичной медико-санитарной помощи и семейной медицине были опубликованы рекордным числом научных журналов, от *Lancet* (16), *BMJ* (17) и *Journal of Primary Health Care Research and Development* (18) до изданий, посвященных политике здравоохранения, таких как *Pan American Journal of Public Health* (19) и «Панорама общественного здравоохранения». К сороковой годовщине Алма-Атинской декларации были приурочены многочисленные мероприятия на международном уровне и в странах, а также было опубликовано множество очерков и заметок в блогах.

Все это свидетельствует о том, что подобное сочетание политической воли и накопленной базы теоретических и прикладных данных открывает уникальную возможность, упустить которую мы не имеем права. Перед нами поставлены цели, которые должны быть достигнуты к 2030 г., и поэтому нельзя терять ни минуты.

## БИБЛИОГРАФИЯ<sup>1</sup>

1. The Astana Declaration: the future of primary health care? *Lancet*. 2018;392:1369.
2. Алма-Атинская декларация. Казахстан (СССР): Всемирная организация здравоохранения; 1978 г. ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/113875/E93944R.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/113875/E93944R.pdf)).
3. От Алма-Аты до Астаны: первичная медико-санитарная помощь – осмысление прошлого, преобразование во имя будущего (2018 г.). Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2018 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/Health-systems/primary-health-care/publications/2018/from-alma-ata-to-astana-primary-health-care-reflecting-on-the-past-transforming-for-the-future-2018>).
4. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2008 г. – Первичная медико-санитарная помощь: сегодня актуальнее, чем когда-либо. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2008.
5. Ghebreyesus TA, Fore H, Birtanov Y, Jakab Z. Primary health care for the 21st century, universal health coverage, and the Sustainable Development Goals. *Lancet*. 2018 Oct 20;392(10156):1371–2.
6. Balabanova D, Mills A, Conteh L, Akkazieva B, Banteyerga H, Dash U. Good health at low cost 25 years on: lessons for the future of health systems strengthening. *Lancet*. 2013;15(381):2118–33.
7. Rechel B, Richardson E, McKee M. Trends in health systems in the former Soviet countries. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014.
8. Hanefeld J, Powell-Jackson T, Baladanova D. Understanding and measuring quality of care: dealing with complexity. *Bulletin of the World Health Organization*. 2017;95:368–74.
9. Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage. Geneva: World Health Organization, Organisation for Economic and Co-operation and Development, and the World Bank; 2018 (<http://documents.worldbank.org/curated/en/482771530290792652/pdf/127816-REVISED-quality-joint-publication-July2018-Complete-vignettes-ebook-L.pdf>).
10. Kruk M, Gage A, Arsenault C, Jordan K, Leslie H, Roder-DeWan S, et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals. *The Lancet Global Health*. 2018;6(11):e1196–252.
11. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Crossing the global quality chasm: Improving health care worldwide. Washington, DC: The National Academies Press; 2018 doi: 10.17226/25152.
12. Assessing health services delivery performance with hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/Health-systems/primary-health-care/publications/2016/assessing-health-services-delivery-performance-with-hospitalizations-for-ambulatory-care-sensitive-conditions-2016>).
13. Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/Health-systems/health-systems-financing/publications/2018/can-people-afford-to-pay-for-health-care-new-evidence-on-financial-protection-in-lithuania-2018>).
14. Kluge H, Kelley E, Barkley S, Theodorakis PN, Yamamoto N, Tsoy A, et al. How primary health care can make universal health coverage a reality, ensure healthy lives, and promote wellbeing for all. *Lancet*. 2018 Oct 20;392(10156):1372–4.

<sup>1</sup> Все ссылки приводятся по состоянию на 11 декабря 2018 г.

15. Астанинская декларация. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2018 (<https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-ru.pdf>).
16. James A, Summerskill W, Horton R. Primary care research: a call for papers. *Lancet*. 2018 Feb 17;391(10121):642.
17. Topp SM, Abimbola S. Call for papers—the Alma Ata Declaration at 40: reflections on primary healthcare in a new era. *BMJ Global Health*. 2018 Mar 1;3(2) (<http://gh.bmj.com/content/3/2/e000791.abstract>).
18. Primary Health Care Research and Development. Call for papers - 40 years after the Alma-Ata Declaration. Cambridge: Cambridge University Press; 2018 (<https://www.cambridge.org/core/journals/primary-health-care-research-and-development/call-for-papers-40-years-after-thealma-ata-declaration>).
19. Special issue on primary health care in the Americas: 40 years after Alma-Ata. In: *Primary Health Care/Alma-Ata*. Washington, DC: Pan American Journal of Public Health; 2018 ([https://www.paho.org/journal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=251:primary-health-care-alma-ata&Itemid=861](https://www.paho.org/journal/index.php?option=com_content&view=article&id=251:primary-health-care-alma-ata&Itemid=861)). ■

## EDITORIAL

# Ten evidence-based policy accelerators for transforming primary health care in the WHO European Region

Erica Barbazza<sup>1</sup>, Hanne Bak Pedersen<sup>2</sup>, Yelzhan Birtanov<sup>3</sup>, Manfred Huber<sup>2</sup>, Kaisa Immonen<sup>4</sup>, Melitta Jakab<sup>2,5</sup>, Hans Kluge<sup>2</sup>, Dionne Kringos<sup>1</sup>, Natasha Azzopardi-Muscat<sup>6</sup>, Salman Rawaf<sup>7</sup>, Anna Stavdal<sup>8</sup>, Juan Tello<sup>2,9</sup>

<sup>1</sup> Amsterdam UMC, University of Amsterdam, Amsterdam Public Health research institute, Amsterdam, the Netherlands

<sup>2</sup> WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark

<sup>3</sup> Ministry of Health of Kazakhstan, Astana, Kazakhstan

<sup>4</sup> European Patients' Forum, Brussels, Belgium

<sup>5</sup> WHO Barcelona Office on Health Systems Strengthening, Barcelona, Spain

<sup>6</sup> European Public Health Association, Utrecht, the Netherlands

<sup>7</sup> Imperial College London, London, United Kingdom

<sup>8</sup> WONCA Europe, Ljubljana, Slovenia

<sup>9</sup> WHO European Centre for Primary Health Care, Almaty, Kazakhstan

## POLICY ACCELERATORS FOR PRIMARY HEALTH CARE

It has been said that the adoption of the Astana Declaration is the beginning of a better future for primary health care (1). That future begins with making full use of our health services intelligence.

The 40th anniversary of the Declaration of Alma-Ata has brought with it a dynamic coupling of renewed political will and a critical mass of rich evidence and know-how on services delivery. In the words of Dr Birtanov, Minister of Health of Kazakhstan, earlier this year in the lead-up to the Global Conference on Primary Health Care:

“Each country has a lot of room to improve... [we need] to use success stories from countries to share and to put these on the table. We can benefit from all the history and experience we have gathered during the last 40 years and make primary health care better and more efficient in the future (2).”

In this special issue, the evidence and experiences captured have been reviewed, summarized and translated into 10 evidence-based policy accelerators for advancing a primary health care approach in the WHO European Region (Box 1). The accelerators were presented and discussed at two recent events in Kazakhstan: a scientific conference in Almaty, in

October 2018, which was a pre-event to the global conference in Astana (3). These accelerators – policy options, must-dos, or leapfrogging opportunities for primary health care – signify high-impact entry-points for implementing bold reforms. While not exhaustive, they are among the “best buys” for allocating time and resources to transforming services delivery through tried and tested research and practice. Furthermore, they are the agenda for a minister of health when further prioritized, based on the needs of a country.

## ACCELERATING TOGETHER: POLICY ACCELERATORS DESCRIBED

Services delivery involves multiple actors and its transformation takes the same level of engagement. Internalizing the fact that everyone has a role to play is the cultural change needed for primary health care. This extends from the individual family doctor or general practitioner, nurse, specialist and allied health worker to their organized groups; from patients and their family members to the public, concerned youth and representatives of patients; and from the managers of facilities, regional health authorities and other civil servants to researchers, development partners, policy advisers and ministers of health, and other sectors.

### BOX 1. PRIMARY HEALTH CARE POLICY ACCELERATORS

1. Realize a population health management approach for integrated public health and primary health care
2. Adopt a community care model to integrate with social care
3. Empower communities and engage patients to formulate problems, make decisions and take action
4. Network providers to ensure responsive and multiprofiled delivery
5. Invest in the competencies of family doctors and general practitioners and nurses to increase the response capacity of primary health care
6. Establish learning loops in clinical settings for quality improvement
7. Ensure the responsible use of medicines
8. Optimize services with evidence-informed transformations
9. Upgrade facilities for the optimal use of eHealth and health technologies in primary health care
10. Align accountability and incentives with new models of care

The case for each policy accelerator and the known strategies for kick-starting reforms are described in the sections that follow. To depict the policy accelerators, the perspectives of representatives from countries, professional and patient associations and academia, as well as policy experts, have been called on to illustrate in their own words the significance of each accelerator. Representing members of the European Primary Health Care Advisory Group (4), WHO collaborating centres, various technical units and their respective constituents, this multiprofile group presents the level of diverse engagement it will take to accelerate primary health care in practice.

## 1. REALIZE A POPULATION HEALTH MANAGEMENT APPROACH FOR INTEGRATED PUBLIC HEALTH AND PRIMARY HEALTH CARE

The scale and pace of health changes and widening inequalities signal a need to focus on health-oriented rather than disease-oriented care. A population health management approach adopts this focus. Its realization in practice calls on primary health care to promote health and prevent or delay the onset of complex chronic care by tackling upstream determinants of ill-health from the perspective of the population (4).

This requires intensive collaboration between public health and primary health care. Fortunately, this collaboration is natural, as public health works best when anchored in the health system, giving it a clear locus from where it can reach across the system and other sectors. Primary health care is an obvious ally in this; as the anchorage point for public health services, it optimizes both perspectives and allows them the possibility to continuously learn from each other. This integration is particularly powerful for individual health promotion and prevention services, early detection of health conditions, and condition management, such as for hypertension, metabolic conditions, tuberculosis and mental health issues, among others.

A population-oriented approach allows public health to fulfil its potential to bridge to individual specialties. The threat of siloes to public health services is the loss of intelligence on the population's health as a whole. As our populations move away from a normal distribution, there is a need for bold changes that firmly adopt and uphold a population view.

Primary health care as an anchor for a range of public health services is common to countries in Europe where public health is strong. It takes a workforce that is geared towards a preventive and health-promoting mindset and trained accordingly. In this special issue, in a case study from Belarus, Famenka and colleagues describe the development of the public health and primary health care system and ongoing efforts to strengthen integration. In a case study from Germany, Rolke and colleagues describe a health and equity-oriented approach put in place to deliver services to newly arrived refugees. Lionis and colleagues also put population health outcomes at the centre in their piece describing reforms unfolding in Crete, Greece.

## 2. ADOPT A COMMUNITY CARE MODEL TO INTEGRATE WITH SOCIAL CARE

Many people with social care needs have a strong demand for primary health care, yet too often face barriers to accessing quality health services tailored to their needs. This is frequently the case for those who live in institutions for older people or for people with mental health disorders. As a result, there is under-treatment and missed opportunities that could prevent acute care episodes or slow down or reverse chronic health and functional decline.

Primary health care plays a critical role in making the link between health and social care. Besides having acute or chronic health conditions, many individuals also have unmet social care needs. Primary health care professionals see patients on a regular basis, and when adequately trained and sufficiently



connected with social care practitioners and institutions, they are well-placed to detect social care needs and offer patients advice about where they can get help. Primary health care is also key to designing individual pathways for patients in need of a continuum between acute and social care, including comprehensive approaches to rehabilitation.

Community-oriented primary health care facilitates these necessary linkages. It works to establish networks that can connect providers through partnerships that are made functional when coupled with shared accountability and backed by the increasing number of examples on how to coordinate health and social care in practice. This is crucial for ageing populations and needs close coordination at the local government level (5).

In Europe, putting this know-how into use is still uneven. In this special issue, in a case study on Finland, Keskimäki and colleagues describe the whole-system reform undertaken to integrate health and social services. Ilinca and colleagues make the case for new professional roles to facilitate cross-sector coordination. And, in a discussion with the WHO inter-regional taskforce on hospitals, a vision for the future role of hospitals in community-oriented primary health care is put forward.

### **3. EMPOWER COMMUNITIES AND ENGAGE PATIENTS TO FORMULATE PROBLEMS, MAKE DECISIONS AND TAKE ACTION**

Access to health services is a basic human right (6). Every human being is entitled to the enjoyment of the highest attainable standard of health conducive to living a life with dignity. Equitable access to person-centred, quality health and social care means delivering timely services to every patient who needs them, not only to those who can pay, regardless of gender, age, employment or residence status or level of health literacy. Regrettably, this is not the reality for all.

To achieve this, intersectoral collaboration and action for health is fundamental. It means recognizing that primary health care is everyone's business. This includes having unique roles for all actors, from patients and their families to carers and the public. Political will is key to: ensuring that the rights of all patients are respected, fighting persistent inequalities, creating the conditions for engaging communities, and making health a priority in all policies at the national and European levels.

Working with society has become an important strategy in the European Region. This is especially the case for primary health care. Civil society groups, for example, deliver services

that cannot be delivered alone by the state, market or family – from well-run health facilities to outreach services for vulnerable populations and social campaigns (7). Engaging patients directly has proved to be important, as it contributes to self-management and the skills and confidence for patients to take control of their conditions, while encouraging shared decision-making. Carers who provide unpaid support to family members and friends are also a critical resource for extending coverage (8).

Increasingly, politicians are influenced by public opinion, as people are expressing themselves not only at the polls every few years but also rapidly and regularly on social media and other outlets. Nonetheless, the untapped potential for the health community to harness its collective power in shaping health services is apparent. Concrete actions can be taken by the health system to accelerate this. In discussion with Chief Medical Nurse I. Kalinina from Moscow, Russian Federation, the experience of the Moscow Health Department to crowd-source public feedback and set priorities for the city's network of polyclinics is explored. In discussion with M. Langins, the role of professional associations in shaping primary health care reforms is underscored.

### **4. NETWORK PROVIDERS TO ENSURE RESPONSIVE AND MULTIPROFILED DELIVERY**

Multiprofile, or multidisciplinary, primary care teams have the potential to significantly raise the capacity of primary health care to resolve health needs. Such teams bring together and network with a range of practitioners – family doctors or general practitioners, registered nurses, psychologists, health promoters, nutritionists, clinical pharmacists, physical activity counsellors, community health workers, and front desk staff. More than co-locating providers, multiprofile practices work jointly to deliver a comprehensive range of services on a broad health and wellness continuum, including rapid diagnostic testing, while optimizing care transitions with social care and ensuring access to after-hours services (9).

Single-handed practices and doctor-nurse tandems can be a barrier to managing complex and multimorbid patients. Practices with a narrow profile of practitioners are often strained for time and lack the competencies to provide quality patient education or support for patient self-management. As patients increasingly present with more than one primary and secondary risk factor, and often multiple psychological and social needs, different models for practices are needed.

Setting up multiprofile teams requires adequate policy backing. Legal changes to contracting and explicit agreements about quality and equity, as well as educational reforms tackling underdeveloped competencies, are among the key success factors in countries in Europe with experience in setting up multiprofile teams (9). The conditions to support the functioning of multiprofile teams are described in cases from Austria by Rojatz, Nowak and Rainer, and Slovenia by Susič, Švab and Klemenc-Ketis, as both countries work to introduce multiprofile teams in primary care.

## 5. INVEST IN THE COMPETENCIES OF FAMILY DOCTORS AND GENERAL PRACTITIONERS AND NURSES TO INCREASE THE RESPONSE CAPACITY OF PRIMARY HEALTH CARE

A competent primary health care workforce is the engine behind strong primary care (10). Working at the front line of services, the primary health care workforce is intimately familiar with the health needs of the population and the realities of the health system. The ability of the primary health care workforce to decode these demands and apply newly learned knowledge and skills is the crux of their performance, a measure of their competence and, ultimately, a key determinant of the responsive capacity of primary health care (11, 12).

In spite of political strategies aimed at developing the primary health care workforce, persistent challenges remain, notably: entrenched attitudes in medical schools where training is mono-disciplinary and focused on secondary and tertiary care; a lack of standardized quality education and regulation in primary health care; insufficient policies for retaining family doctors; and the increasing mobility of the health workforce.

Research has increasingly signalled that the development of a competent health workforce is the product of a cycle of investment (10, 12). This cycle extends from the initial teaching of knowledge and skills to their application, repeated reflection and feedback for continued maintenance, learning and further improvement over time (10).

In this process, institutions providing initial training play a critical role. Embedding training institutions in, or connecting them to, universities or other academic institutions has proved to be important for the academic level and scientific quality of training programmes and trainers. Quality training for family doctors and general practitioners and nurses at the undergraduate level as well as early clinical exposure are also important for attracting future primary health care doctors and nurses. In this special issue, Prytherch and colleagues detail

actions for strengthening initial training and the development of a primary health care workforce through a case study on Tajikistan. The case for engaging professional associations for a fit-for-purpose workforce is made in discussion with M. Langins. Ultimately, bold changes are needed to curricula in order to re-orient initial training from curative skills for exotic diseases to a preventive mindset and training on issues such as mental health, nutrition and alcohol.

## 6. ESTABLISH LEARNING LOOPS IN CLINICAL SETTINGS FOR QUALITY IMPROVEMENT

Quality is a basic tenet of services delivery. It ensures public trust, wards off unintended deficiencies in care, contains costs and avoids preventable morbidity and mortality to advance health.

Our understanding of what quality of care is, and how it can be cultivated to optimize inputs, safeguard processes and, in turn, improve outcomes, has developed overtime. However, in practice, quality of care has remained focused largely on ensuring the quality inputs, such as increasing the number of trained health practitioners. The use of quality mechanisms for optimizing processes (e.g. investing in clinical quality review and improvement teams), improving outputs (e.g. systems for patient complaints) and having an impact on outcomes (e.g. patient-reported experience and outcome surveys) is varied across countries, with each at a different stage of advancing systems-thinking in their approach to quality of care.

Intensifying the regular use of quality improvement mechanisms in clinical practice is a key component along this continuum. To this end, the WHO European Centre for Primary Health Care continues to explore the broad range of quality mechanisms and systematize the evidence base for their use (13). Activating a system of clinical governance will take a quality culture supported by necessary conditions, including ensuring that practitioners can allocate time to quality improvement efforts with feedback loops, as well as ensuring that clinicians have additional skills and competencies, such as new ways of communicating between practitioners and with patients. These skills and how they can be cultivated are explored in the context of Kazakhstan in the research of Craig and Kapysheva.

## 7. ENSURE THE RESPONSIBLE USE OF MEDICINES

The issues around, and consequences of, the inappropriate use of medicines are well-documented (14) with one particular concern being the responsible use of antibiotics (15). Access to antibiotics is a cornerstone of modern medicine but many

countries struggle to find a balance between access to and use of antimicrobial medicines to avoid the rapid emergence and spread of antimicrobial resistance.

Most of the consumption of antimicrobial medicines occurs in community and outpatient settings, placing primary health care at the centre of efforts to increase the responsible use of antibiotics. In the European Region, there are patterns of misuse including prescribing antibiotics for conditions that are not caused by a bacterial infection, over-the-counter sales as well as under- and over-dosing (16). Because of antimicrobial resistance, the efficacy of commonly used antimicrobials is currently threatened by several pathogens.

Bringing the right medicines to patients who need them requires efficient medicine policies, regulation of the pharmaceutical sector, awareness of the benefits and consequences of medicines, as well as the engagement of all actors in the responsible use of medicines. Primary health care practitioners and community pharmacists, along with the involvement of individuals and patients, can make a difference by prescribing and dispensing antibiotics only when needed, according to current guidelines. In this special issue, the importance of effective communication and professional competencies to support patients in the management of their treatment and health needs is a key takeaway in the piece by Craig and Kapyшева.

In addition, parental education, combined patient-clinician education, practices that delay antibiotic prescription and electronic decision-support systems are all among the interventions that can improve and reduce antibiotic prescription (17). In primary health care, the coordinated targeting of consumers, nurses, pharmacists and prescribers, through education and awareness raising about the risks associated with the overuse of antibiotics, holds promise for achieving the behavioural changes needed to stop the health threat of antimicrobial resistance. Implementing the WHO ACCESS, WATCH and RESERVE (AWaRe) grouping of antibiotics can also work to ensure that the right antibiotics are prescribed for the right infections.

## 8. OPTIMIZE SERVICES WITH EVIDENCE-INFORMED TRANSFORMATIONS

The development and use of health information in primary health care is the basis for a strong primary health care system. Experts have speculated that primary health care advances in many systems over the past decades may have been stunted in part due to a global underinvestment in metrics and measures specific to primary health care (4). Services delivery research has also been criticized for being slow to advance

from conventional methods, such as controlled experiments, to embrace non-experimental, mixed-methods and process-based approaches (18).

Driving transformations with health information and their use to stimulate innovation and quality improvement has never been more accessible. For example, knowledge about how to maximize the use of health information has advanced, including our understanding that indicators should be based on evidence that draws from various data sources, including professional, contextual and policy evidence. Indicators also need to be adaptable, taking into account the dynamic context of a country, region or community. The choice of indicators should be guided by the ability to routinely collect information, either from administrative sources or from specially designed surveys, and the validity and reliability of the source information. Indicators will also have more meaning if they are regularly reported over time so that trends can be gauged.

In the fast-changing services delivery environment, the timely use of data is needed to preserve its actionability and stimulate learning. It allows users to make decisions promptly, such as for correcting poor performance and improving quality. This cycle of continuous learning and improvement requires institutionalization. This will facilitate the attribution of roles and responsibilities, provide the required tools and resources, recognize good performers, and support low performers in improving their impact. There also needs to be a much greater focus on the way in which evidence is communicated with policy-makers. This includes placing more attention on identifying and communicating the economic benefits of better non-health specific outcomes when the health sector seeks to influence or work with other sectors.

Recent and promising trends in services delivery research include: more readily available primary health care data; the increasing use of new measures, such as patient experience indicators (19); and instruments tailored to Europe that adopt a systems mindset (20). In this special issue, the COORDENA questionnaire presented by Vázquez and colleagues is one example of a tool for generating meaningful data on coordination across levels of care.

## 9. UPGRADE FACILITIES FOR THE OPTIMAL USE OF EHEALTH AND HEALTH TECHNOLOGIES IN PRIMARY HEALTH CARE

eHealth plays an important role in contributing to the achievement of universal health care. It is well-recognized that electronic information systems and innovative technologies

can contribute to extending the scope and reach of services to previously difficult-to-reach population groups, improving quality through providing readily available information, facilitating coordination across providers, allowing for an increased personalization of services, and achieving new levels of cost-effectiveness in the delivery of services (21). In this special issue, Rolke and colleagues illustrate the dimension of extending access to services through a case study of the use of eHealth in Germany to provide services to newly arrived refugees.

However, leveraging eHealth as a national strategic asset means far more than just the acquisition of technology. In the case of primary health care, where its connectivity is key to its functionality, alignment across settings of care, providers and governance levels of the health system is a must.

Experiences from the early adopters of eHealth and new technologies have signalled elements critical to successful investments in eHealth: from having clear organizational arrangements, structures, roles, standards and legislation, to equipping the workforce with required skills, and managing the culture change needed among those who will utilize eHealth services – any of which can serve to derail initiatives if neglected (21).

## 10. ALIGN ACCOUNTABILITY AND INCENTIVES WITH NEW MODELS OF CARE

Financial incentives play an important role in shaping organizational structures and interactions within health systems. Many European health systems use historical budgets for funding public health services, capitation for primary care, fee-for-service for outpatient care, and case-based payment for hospital care. While there is logic in adopting each of these payment mechanisms, when viewing them in their totality they: undervalue health promotion, prevention, early detection and condition management; provide no incentives for task expansion in primary health care; reinforce episodic orientation of services; reinforce thinking in terms of fragmented care rather than in an integrated manner with people at the centre; and do not reward coordination and teamwork. These are particularly problematic in the era of multimorbidity.

Having recognized this issue, many countries use additional approaches to mitigate the negative impact of base payment mechanisms, such as pay-for-coordination, pay-for-performance or bundled payments. When well-designed and governed, incentives used as policy levers to strengthen the model of care are likely to serve as improvements to typical interactions in the delivery of services; nonetheless, they still only tinker at the

margins. Incremental approaches are insufficient to drastically transform the way in which services are delivered.

Larger scale experiments, such as in Hungary and Germany, have been underway to pay for the totality of services through full capitation payment to a network of providers cutting across levels of care. These experiments have pointed to the critical role of a population health management approach and intermediaries between purchasing agencies and providers to analyse health system interactions, steer patients, and self-monitor providers. The prospect of shared savings can drive system redesign and the reconfiguration of pathways in a bottom-up collaborative manner that prioritizes quality and works towards desired health outcomes. These approaches also harness the agency role of health practitioners and empower managers. By using a mix of financial and non-financial incentives, this can create incentives and instruments for collaboration.

However, progress is too timid in this direction. An ambitious agenda of primary health care transformation requires an equally ambitious agenda in health financing, strategic purchasing and provider-payment mechanisms. In a study by Rojatz and colleagues, the opportunities to integrate health promotion services into primary health care units in Austria is described, with due attention to the supportive financial changes that are needed.

## ACCELERATING IN PRACTICE

Over the past four decades, countries of the European Region have worked without exception to advance the principles of primary health care. The evidence and practical know-how in this special issue of *Panorama* attests to this. Nonetheless, in a period of unprecedented change and with a view to the 2030 global targets, extending coverage to quality services demands that urgent attention be paid to primary health care. The policy accelerators explored here, while not exhaustive, are a necessary shift in gear to focus on implementation. They are a call for today's decision-makers to make progress more quickly, and to prioritize efforts that have proven their effectiveness for transforming primary health care – in the spirit of getting it right, fast.

## ACKNOWLEDGEMENTS

The WHO European Centre for Primary Health Care, as a partner for this special issue of *Public Health Panorama* on primary health care, recognizes the contributions of the



following individuals in alphabetical order for lending their time and expertise to this article: Natasha Azzopardi-Muscat, President, European Public Health Association; Hanne Bak Pedersen, Programme Manager, Health Technologies and Pharmaceuticals, WHO Regional Office for Europe; Erica Barbazza, PhD candidate and HealthPros Fellow, Amsterdam UMC, University of Amsterdam, WHO Collaborating Centre for Primary Healthcare Systems, Amsterdam Public Health research institute; Yelzhan Birtanov, Minister of Health of Kazakhstan; Manfred Huber, Coordinator, Healthy Ageing, Disability and Long-term Care, WHO Regional Office for Europe; Kaisa Immonen, Director of Policy, European Patients' Forum; Melitta Jakab, Senior Health Economist, WHO Barcelona Office on Health Systems Strengthening, WHO Regional Office for Europe; Hans Kluge, Director, Division of Health Systems and Public Health, WHO Regional Office for Europe; Dionne Kringos, Assistant Professor, Amsterdam UMC, University of Amsterdam, vice-director of the Amsterdam Public Health research institute, Head of WHO Collaborating Centre for Primary Healthcare Systems; Salman Rawaf, Professor, School of Public Health, Imperial College London, Director, WHO Collaborating Centre for Public Health Education and Training; Anna Stavdal, President, WONCA Europe; and Juan Tello, Head, WHO European Centre for Primary Health Care, WHO Regional Office for Europe. N Azzopardi-Muscat, Y Birtanov, D Kringos, S Rawaf and A Stavdal are also members of the Primary Health Care Advisory Group to the WHO Regional Director for Europe.

## CONTRIBUTIONS

(I) Conception and design: J Tello, E Barbazza; (II) Drafting (by order of policy accelerators): (1) N Azzopardi-Muscat, S Rawaf; (2) M Huber; (3) K Immonen; (4) J Tello, E Barbazza; (5) A Stavdal; (6) J Tello, E Barbazza; (7) H Bak Pedersen; (8) D Kringos; (9) J Tello, E Barbazza; (10) M Jakab; (III) Editing: J Tello, E Barbazza; (IV) Critical review: All.

## REFERENCES<sup>1</sup>

1. The Astana Declaration: the future of primary health care? *Lancet*. 2018;392:1369.
2. Primary health care and #HealthForAll [website]. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://www.facebook.com/WHO/videos/1816813185030723/>).
3. Almaty scientific conference explores the crossroads of policy, research, education and practice in primary health care [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/primary-health-care/news/news/2018/11/almaty-scientific-conference-explores-the-crossroads-of-policy,-research,-education-and-practice-in-primary-health-care>).
4. Primary health care advisory group – first meeting report. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/363604/phcag-report-2017-eng.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/363604/phcag-report-2017-eng.pdf?ua=1)).
5. Age-friendly environments in Europe. A handbook of domains for policy action. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/publications/2017/age-friendly-environments-in-europe.-a-handbook-of-domains-for-policy-action-2017>).
6. Universal Declaration of Human Rights. Paris: United Nations; 1948 (<http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>).
7. Greer S, Wismar M, Pastorino G, Kosinska M, editors. Civil society and health: contributions and potential. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017.
8. Ferrer L. Engaging patients, carers and communities for the provision of coordinated/integrated health services: strategies and tools. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015.
9. Jakab M, Farrington J, Borgermans L, Mantingh F. Health systems respond to noncommunicable diseases: time for ambition. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/380997/hss-ncd-book-eng.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/380997/hss-ncd-book-eng.pdf?ua=1)).
10. Barbazza E, Langins M, Kluge H, Tello J. Health workforce governance: process, tools and actors towards a competent workforce for integrated health services delivery. *Health Policy*. 2015;119:1645–54.
11. Strengthening people-centred health systems in the WHO European Region: framework for action on integrated health services delivery. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (EUR/RC66/15; [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/315787/66wd15e\\_FFA\\_IHSD\\_160535.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/315787/66wd15e_FFA_IHSD_160535.pdf?ua=1)).
12. Langins M, Borgermans L. Strengthening a competent health workforce for the provision of coordinated/integrated health services. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015.

<sup>1</sup> All references were accessed 12 December 2018.

13. WHO European Centre for Primary Health Care: annual report of activities 2017. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/373027/gdo-report-2018-eng.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/373027/gdo-report-2018-eng.pdf?ua=1)).
14. Ofori-Asenso R, Agyeman AA. Irrational use of medicines – a summary of key concepts. *Pharmacy* (Basel, Switzerland). 2016;4:35.
15. Drug-resistant infections, A threat to our economic future. Washington (DC): World Bank; 2017 (<http://documents.worldbank.org/curated/en/323311493396993758/pdf/114679-REVISED-v2-Drug-Resistant-Infections-Final-Report.pdf>).
16. Llor C, Bjerrum L. Antimicrobial resistance: risk associated with antibiotic overuse and initiatives to reduce the problem. *Ther Adv Drug Saf*. 2014;5:229–41.
17. McDonagh M, Peterson K, Winthrop K, Cantor A, Lazur B, Buckley D. Interventions to reduce inappropriate prescribing of antibiotics for acute respiratory tract infections: summary and update of a systematic review. *J Int Med Res*. 2018;46:3337–57.
18. Greenhalgh T, Papoutsi C. Studying complexity in health services research: desperately seeking an overdue paradigm shift. *BMC Medicine*. 2018;16:95.
19. Availability of national health services delivery data across the WHO European Region: scanning survey results]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/374925/hsd-scan-survey-eng.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/374925/hsd-scan-survey-eng.pdf?ua=1)).
20. Roadmap to monitoring health services delivery in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/355066/Roadmap-EFFA.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/355066/Roadmap-EFFA.pdf?ua=1)).
21. From innovation to implementation: eHealth in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016. ■

## ОТ РЕДАКЦИИ

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

Erica Barbazza<sup>1</sup>, Hanne Bak Pedersen<sup>2</sup>, Елжан Биртанов<sup>3</sup>, Manfred Huber<sup>2</sup>, Kaisa Immonen<sup>4</sup>, Melitta Jakob<sup>2,5</sup>, Hans Kluge<sup>2</sup>, Dionne Kringos<sup>1</sup>, Natasha Azzopardi-Muscat<sup>6</sup>, Salman Rawaf<sup>7</sup>, Anna Stavdal<sup>8</sup>, Juan Tello<sup>2,9</sup>

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

<sup>2</sup> Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген, Дания

<sup>3</sup> Министерство здравоохранения Казахстана, Астана, Казахстан

<sup>4</sup> Европейский форум пациентов, Брюссель, Бельгия

<sup>5</sup> Барселонский офис ВОЗ по укреплению систем здравоохранения, Барселона, Испания

<sup>6</sup> Европейская ассоциация общественного здравоохранения, Утрехт, Нидерланды

<sup>7</sup> Имперский колледж Лондона, Лондон, Соединенное Королевство

<sup>8</sup> Организация WONCA Europe, Любляна, Словения

<sup>9</sup> Европейский центр ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи, Алматы, Казахстан

## МЕРЫ ПОЛИТИКИ, СТИМУЛИРУЮЩИЕ РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

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

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

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

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

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

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

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

## СТИМУЛИРОВАТЬ РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ СОВМЕСТНЫМИ УСИЛИЯМИ: ОПИСАНИЕ СТИМУЛИРУЮЩИХ МЕР ПОЛИТИКИ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **4. СЕТЕВЫЕ ОБЪЕДИНЕНИЯ ПОСТАВЩИКОВ УСЛУГ ОБЕСПЕЧИВАЮТ ОПЕРАТИВНОЕ ОКАЗАНИЕ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ ПОМОЩИ**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 7. ОБЕСПЕЧИТЬ ОТВЕТСТВЕННОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

## ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ СТИМУЛИРУЮЩИХ МЕР ПОЛИТИКИ

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

## ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

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

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

## НАД СТАТЬЕЙ РАБОТАЛИ:

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

## БИБЛИОГРАФИЯ<sup>1</sup>

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

<sup>1</sup> Все ссылки приводятся по состоянию на 12 декабря 2018 г.

11. Укрепление систем здравоохранения, ориентированных на нужды людей, в Европейском регионе ВОЗ: рамочная основа для действий по организации интегрированного предоставления услуг здравоохранения. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/315922/66wd15r\\_FFA\\_IHSD\\_160535.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/315922/66wd15r_FFA_IHSD_160535.pdf?ua=1)).
12. Langins M, Borgermans L. Strengthening a competent health workforce for the provision of coordinated/integrated health services. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015.
13. Европейский центр ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи: ежегодный отчет о проводимой работе, 2017 г. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2018 г. ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/373028/gdo-report-2018-rus.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/373028/gdo-report-2018-rus.pdf?ua=1)).
14. Ofori-Asenso R, Agyeman AA. Irrational use of medicines – a summary of key concepts. Pharmacy (Basel, Switzerland). 2016;4:35.
15. Drug-resistant infections, A threat to our economic future. Washington (DC): World Bank; 2017 (<http://documents.worldbank.org/curated/en/323311493396993758/pdf/114679-REVISED-v2-Drug-Resistant-Infections-Final-Report.pdf>).
16. Llor C, Bjerrum L. Antimicrobial resistance: risk associated with antibiotic overuse and initiatives to reduce the problem. Ther Adv Drug Saf. 2014;5:229–41.
17. McDonagh M, Peterson K, Winthrop K, Cantor A, Lazur B, Buckley D. Interventions to reduce inappropriate prescribing of antibiotics for acute respiratory tract infections: summary and update of a systematic review. J Int Med Res. 2018;46:3337–57.
18. Greenhalgh T, Papoutsi C. Studying complexity in health services research: desperately seeking an overdue paradigm shift. BMC Medicine. 2018;16:95.
19. Исследование доступности национальных данных о предоставлении услуг здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ: результаты сканирования. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2018 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/378405/hsd-scan-survey-rus.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/378405/hsd-scan-survey-rus.pdf?ua=1)).
20. Дорожная карта мониторинга предоставления услуг здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/360617/Roadmap\\_ru.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/360617/Roadmap_ru.pdf?ua=1)).
21. От инноваций к внедрению: электронное здравоохранение в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 ■

## PANORAMA PEOPLE

### Interview with the WHO inter-regional taskforce on hospitals

*Edited by the WHO European Centre for Primary Health Care*

*Members of the WHO inter-regional taskforce on hospitals (alphabetical order): Nima Asgari-Jirhandeh (Asia-Pacific Observatory on Health Systems and Policies), Anjana Bhushan (formerly WHO Regional Office for the Western Pacific, currently WHO Regional Office for South-East Asia), Eric de Roodenbeke (International Hospital Federation), Nino Dal Dayanghirang (WHO Regional Office for Africa), Nigel Edwards (Nuffield Trust), Jerry La Forgia (Aceso Global), Tarcisse Lokombe Elongo (WHO Regional Office for Africa), Ricardo Fabrega (WHO Regional Office for the Americas), Ann-Lise Guisset (WHO headquarters), Indrajit Hazarika (WHO Regional Office for the Western Pacific), Vivian Lin (WHO Regional Office for the Western Pacific), Hernan Montenegro (WHO headquarters), Hamid Ravaghi (WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean), and Juan Tello (WHO Regional Office for Europe).*

#### About the WHO inter-regional taskforce on hospitals

In working towards a fresh view on the position of hospitals in the health system, and particularly their role and functioning in efforts to achieve universal health coverage, WHO headquarters established the inter-regional taskforce on hospitals in 2016. Over the course of 2017, meetings of the taskforce were convened, supported by the WHO Regional Office for the Western Pacific in Tokyo, Japan (23–25 March 2017) and the WHO Regional Office for Europe in Almaty, Kazakhstan (21–22 June 2017). Close collaboration continued on the joint development of a WHO position paper on hospitals. The WHO European Centre for Primary Health Care, Almaty, Kazakhstan, also convened a meeting (23 June 2017) on integrated service delivery, which was attended by focal points from Member States of the WHO European Region, together with global experts and other country representatives, to discuss development of the hospital sector. On this occasion, participating representatives from Member States provided invaluable feedback on the initial draft of the position paper. The case studies described here are built on the experiences shared during these events.

In this discussion piece, the collective thinking of the taskforce is presented, extending from the rationale for rethinking the role of hospitals and their position in the health system to explaining how they can become key actors driving the transformation to health systems based on primary health care. This piece anticipates a forthcoming position paper setting out a vision for community- and person-centred hospitals, along with the policy levers and system enablers to make it happen.

#### What is the importance of ensuring that hospitals are part of the conversation during this 40th anniversary year of primary health care?

The 1978 Declaration of Alma-Ata was a turning point in the history of global health, the moment when primary health care was adopted as the cornerstone of WHO's goal of health for all. This landmark was immediately followed by an international conference on the role of hospitals in primary health care (Islamabad, Pakistan, 1981). As the long-serving WHO Director-General, Halfdan Mahler, said in 1981, "A health system based on primary care cannot be realized without support from a network of hospitals"<sup>1</sup>. Today, Mahler's words ring as true as ever. The key to dealing with today's challenges is not to change strategic direction – primary health care is the path to universal health coverage and ultimately health for all – but to transform the way health and social services are planned, delivered and funded, to reinvigorate primary health care values and principles, and to support the health-related Sustainable Development Goals.

In this vision, hospitals deliver people-centred care and better meet the needs of all their users, including the underserved, the aged and the chronically ill, who occupy the highest proportion of beds. They not only cater to patients' outcomes and experience, but also look beyond their walls to improve the population's health by working in partnership with health

<sup>1</sup> 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.

care teams at the first level of care and local communities to create a culture of health. When relevant, hospitals also deliver services outside their walls to make them more accessible or responsive and provide support, training and supervision services to alternative care settings.

**Successful primary health care development depends on the capacity of hospitals to distribute resources and knowledge in the community and across providers: but how do we make it happen?**

Generations of health professionals are trained, vital research is carried out and great advances in organizational practices are achieved in hospitals. They are a concentration of the health workforce, technologies and financial resources. They are not only places where vital care is delivered but are also often a key employer in a town, city or region. They can often be a source of civic pride and serve as a symbol of regional development. They also reassure the population that they will be taken care of should they fall critically ill or should natural or human-made disaster strike.

This gives hospitals great visibility and potentially the political, economic and social power to defend the status quo in how health systems are financed and organized. This was recognized and highlighted in the *World health report 2008 – Primary health care, now more than ever*, in which it was suggested that hospitals were one factor hindering progress towards primary health care. According to the report, “health systems do not spontaneously gravitate towards primary health care values”, partly because of “a disproportionate focus on specialist, tertiary care, often referred to as ‘hospital-centrism’”<sup>2</sup>.

But this also means that hospitals have great potential to drive a reorientation of the health system towards primary health care. Hospitals should be perceived as a key component in the social development of their local areas. This is underpinned by collaborations between hospitals and other sectors (e.g. water, hygiene and sanitation, energy and education).

Strong leadership is needed, with policies in place to overturn the centripetal force of the hospital-centric system, to ensure that hospitals become key contributors to primary health care development. This is necessary to unlock the transformative potential of hospitals. To achieve the goals set out in 1978 in Alma-Ata, and reiterated in 2018 in Astana, Kazakhstan, hospitals must become an essential part of the solution.

<sup>2</sup> The world health report 2008: primary health care now more than ever. Geneva: World Health Organization; 2008.

Numerous examples demonstrate that this change of paradigm is already happening and that it works in a variety of settings: hospitals are proactively engaging with their patients to reorient them towards primary care for follow-up care and to avoid unnecessary admissions; they are collaborating with primary care providers to develop their capacity and reduce referrals; they are working with their own staff to enhance the perception of primary care within the hospital; they are in some cases demanding a certain volume and quality of care from primary care providers; and so on. Changi General Hospital in Singapore is an example of how this change in paradigm has already been achieved (Box 1).

**BOX 1. ILLUSTRATION OF HOSPITAL-BASED INTERVENTIONS FOR REORIENTING A HEALTH SYSTEM TOWARDS PRIMARY HEALTH CARE**

A comprehensive set of measures was implemented by Changi General Hospital in Singapore to deal with the high proportions of emergency hospitalizations from self-referrals. As highlighted by Changi General Hospital’s manager: “this has driven a better understanding that hospital-centric care is not sustainable and needs to adapt to the changing population needs and demands, while also acknowledging that a community-centred model of care is not viable without integrating hospitals”. To address this, the hospital worked closely with general practitioners (GPs) to improve the availability and accessibility of services in primary care, including by setting up community health centres that provide diabetic foot and eye screening and physiotherapy services that support GPs nearby. The hospital also introduced the GP First programme, whereby patients with mild to moderate medical conditions are encouraged to see their GPs first, instead of going directly to the hospital’s emergency department. If subsequent assessment by their GP reveals that they require emergency department attention, patients who come through this route are prioritized and their fees subsidized. This has resulted in a 9.7% decline in the number of self-referred patients and a 92% satisfaction rate among those following the GP-referral route<sup>3</sup>.

**What is the role of community-centred hospitals in building healthy and cohesive communities?**

This change of paradigm – from hospitals working in isolation to community- and person-centred hospitals – begins with the recognition that a primary health care approach applies equally to all health and social care providers and hence includes hospitals. In other words, “hospitals should transition from being ‘the last link in a chain’ of health service providers to being

<sup>3</sup> 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](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/362620/IHSD-FPs-2017.pdf?ua=1), accessed 3 December 2018).



actively engaged with their communities and with providers of primary care. Altering the traditional model starts with discarding an emphasis on ‘filling the beds’ in favour of a new role of hospitals as part of collaborative networks<sup>4</sup>. The key is to build on hospitals’ existing strengths while dissolving the walls that separate them from the rest of the health system. Hospitals need to become fully embedded in the communities they serve, working closely with others to go beyond a focus on “delivering health care to individuals” to a focus on “health outcomes”.

Hospitals have strong leverage to transform the health of local communities. For instance, village health committees in Kyrgyzstan often work in partnership with hospital providers on early disease detection initiatives, enabling better population outreach. Going one step further, hospitals can embrace social responsibility principles, as illustrated in Box 2. In the Caribbean, PAHO/WHO’s “safe, green and ‘smart’ hospitals” programme exemplifies how hospitals can also apply the “first, do no harm” motto in their communities.

#### BOX 2. ILLUSTRATION OF HOSPITAL’S RESPONSIBILITY FOR ENVIRONMENT, ECONOMIC AND SOCIAL SUSTAINABILITY

In England, the Wrightington, Wigan and Leigh National Health Service (NHS) Foundation Trust, recognizing its responsibility for environmental, economic and social sustainability, developed a vision “to be a strong, stable backbone of the community, using a position of influence to increase the well-being of all society”. In 2013, it formed a social responsibility group to implement this vision; the group has undertaken various initiatives, including work placements to enhance the confidence and life skills of the long-term unemployed, a youth congress to engage and inspire local young people about hospital services and careers within the NHS, and a programme of cardiopulmonary resuscitation training in schools<sup>5</sup>.

**Hospitals striving to “leave no one behind” will go beyond their walls to reach the most vulnerable**, for example by designing innovative ways of delivering services, such as mobile clinics and medical trains or even floating hospitals (e.g. mercy ship hospital<sup>6</sup>).

<sup>4</sup> PAHO director urges hospital transformation to support progress toward universal health [website]. 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](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11351:paho-director-urges-hospital-transformation-uh&Itemid=135&lang=en), accessed on 7 December 2018).

<sup>5</sup> The WWL Way [website]. Wigan: Wrightington, Wigan and Leigh NHS Foundation Trust; 2018 (<http://www.wwl.nhs.uk>, accessed 11 June 2018).

<sup>6</sup> Mercy Ships [website]. (<https://www.mercyships.nl/>, accessed on 7 December 2018).

**Hospitals, as in other settings like schools and workplaces, should use every opportunity to engage users (patients and their relatives), as well as staff, in health-promoting activities.** Health promotion in hospitals can be understood as a strategy to improve current practices, with a view to improving the outcomes of services provided. It can also be considered as the provision of health promotion activities that were traditionally not part of hospitals’ core services. These should be locally designed to be adapted to local public health problems and to ensure that these services are positioned most appropriately (e.g. in hospitals and/or other settings)<sup>7</sup>.

**Hospitals should empower patients in taking responsibility for their health and health care** by improving their capacity for self-care, co-production of diagnosis and therapy, illness management and healthy living. For example, the ParkinsonNet network in the Netherlands is coordinated by specialist hospitals, but the goal is to support patient self-management and minimize the need for hospital care. Around 3000 professionals in 69 regional groupings work according to a standard guideline that was developed with patients with Parkinson disease. Patients can also use an online tool to manage their care and exchange information with each other and with health professionals in the network.

#### **How can we overcome the primary care and hospital dichotomy through person-centred hospitals?**

People’s use of services extends across a wide variety of care providers, from various types of health facilities (conventional medicine), to traditional healers and prayer rooms. The time for disciplinary medical speciality “silos”, strict hierarchies, and rigid categorization by level of care has passed. In addition, given the ageing of the population and the increasing burden of chronic diseases, models of care need to be rethought, from responses to acute episodes to the establishment of comprehensive health pathways.

It is therefore essential to stop dichotomizing between primary care (first-level care) and hospitals (referral care). Universal health coverage will not be achieved through one *or* the other but rather through one *and* the other: quality primary care requires quality referral care and vice versa. Demarcation lines between settings where first contact care and referral care are delivered are becoming increasingly blurred as hybrid models (e.g. extended

<sup>7</sup> 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](http://www.hph-hc.cc/fileadmin/user_upload/HPH_BasicDocuments/Working-Paper-HPH-Strategies.pdf), accessed 3 December 2018).

primary care centres and home-based hospitalization) become in large part enabled by more portable technologies and digital health. With new work arrangements constantly emerging and fast-evolving modalities of health services provision enabled by portable or mobile technologies, hospitals can take on an increasingly broad spectrum of roles that strengthen public health approaches and primary care services.

From the supply side, the reorientation of the model of care towards primary care requires better coordination across providers and levels of care, a rethinking of the existing hierarchies by levels of care and finding new ways of working as a team. The lack of communication between GPs and hospital providers often leads to uncoordinated services delivery, duplication and inefficiencies. Moreover, GPs' perceived lack of capacity (in terms of equipment or knowledge) or confidence in treating patients with complex health issues increases the risk of unnecessary referrals or hospital admissions.

These issues can be tackled through various approaches, including interventions at the hospital level. Joint admission reviews between hospitals and primary health care centres help increase understanding of the causes of unnecessary hospital admissions, and in identification of bottlenecks in primary care centres and ways to resolve them. Numerous organizational innovations facilitate patient transitions between settings, such as "planned hospitalization centres" in the Russian Federation that connect all actors involved in the hospitalization process. Spain has focused on improving the interoperability of patient records across settings as a critical enabler. Professional chats between GPs and hospital physicians are used in Israel. Consultation liaisons in primary care, whereby specialists and primary care practitioners meet to decide on referrals and to manage ongoing care, aim to increase the skills and confidence of generalists<sup>8</sup>. They have been found to lead to fewer referrals and diagnostic tests in secondary care in the Netherlands.

The University Medical Centre Ljubljana, Slovenia, has also established joint consultations between care levels; this has proved to be useful and could be replicated on a larger scale. Telemedicine consultations (e.g. videoconference or teleconference links between a specialist, another medical professional and a service user) offer another venue for supporting primary care through interventions by hospital-based specialists. A case from Germany illustrates how this dimension is now integrated into planning for new hospital

infrastructure, looking ahead at the "hospital of the future" (Box 3). In this example, information technology is a vital component of new ways of working across care settings and with patients and relatives.

From the demand side, the potential role of hospitals in enhancing the confidence of users in primary care providers and reorienting users towards primary care should not be underestimated. As highlighted in Box 1, this was one of the areas for improvement at Changi General Hospital. Moreover, mechanisms for sustaining trust between hospitals and the communities that they serve are critical. These require strengthening communication between hospital managers, frontline health professionals, users of services and their communities. Communities should be made aware of where to access which type of services and of any modifications (e.g. opening of new services, such as ultra-sounds and scanners, or temporary interruptions to services).

### BOX 3. INFORMATION TECHNOLOGIES AND CARE INTEGRATION IN A NEW HOSPITAL INFRASTRUCTURE PROJECT IN GERMANY

The newly built Röhn Klinikum, Campus Bad Neustadt, in Germany illustrates recent developments in hospital infrastructure investments. The campus aims to ensure integrated care across sectors, including curative and preventive components, especially in the case of complex and often causally linked multimorbid clinical cases. Patients with complex and long-term diseases will be helped by a patient navigator to manage their care. Though Germany's health sector is characterized by a separation between the inpatient and outpatient sector, the centre will integrate both. It presupposes a future of intensive networking among GPs, clinics and other health-care providers in the hospital's region. Such cooperation will be made technically possible by using innovative information technology solutions. The Campus will be digitalized through telemedicine councils and a universal digital archive, to allow the expansion of networking between sectors. Another component is the use of electronic patient files.

Besides incorporating regional physicians, this model will strengthen the information available to both patients and experts in the region. For instance, an information bus will raise awareness among citizens through education and targeted information on diseases to strengthen health literacy and establish a basis of trust in the medical services. Patient-oriented platforms for exchange of information will be developed. These will include patient portals for transparent clinical comparability, and patient evaluation and feedback portals.

<sup>8</sup> Can VJ, Lewin TJ, Reid ALA, 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.

### Making it happen: what will it take to transform hospitals?

A radical transformation of hospitals' structures and functioning is already under way in a number of countries. Individual hospital leaders, in both the public and private sector, are taking initiatives to drive their organizations to become truly community- and person-centred. In research undertaken by the King's Fund, several trust leaders in the United Kingdom described a new understanding of their role in the health system, not limited to managing an institution but incorporating a wider concern for the performance and the sustainability of health services across the local system: "What is important is that this process does not descend into territorial squabbles between 'primary care led' and 'hospital led' models of integration. Hospitals should be neither demonized nor dominant but will certainly need to be part of the discussion"<sup>9</sup>.

However, high political, economic and social stakes might create strong inertia. These should not be underestimated when hospital transformations are being considered. Hence, initiating and sustaining a system-wide paradigm shift towards community- and people-centred hospitals will require decisive and coherent policy interventions. This can be achieved through two approaches:

- (re)defining the position, roles and functions of hospitals, and setting clear objectives, thereby fostering a new health and social care model with an appropriate role for hospitals;
- (re)organizing hospitals internally and optimizing the production process to strengthen their internal performance and delivery of patient-centred care.

The two approaches are closely interrelated: a hospital's internal organization and the way in which production processes are defined across care-level boundaries are constrained by its position, role and function in the system. Conversely, a hospital that is poorly governed or chaotically managed, that does not collect, analyse or present performance data, that focuses on volume and profits or that provides low-quality and risky care with poor infection control, will be in no position to take on and sustain new roles for PHC development. In a context of severe shortages in hospital capacity (e.g. one or two doctors running a hospital, or limited availability of power), it will not be possible to extend a hospital's functions.

WHO's position paper, *People-centred hospitals towards universal health coverage*, outlines a variety of measures to assist health systems to achieve this transformation, including: (i) clarifying countries' vision of their hospitals' contribution to service delivery objectives; (ii) strengthening system design and institution; (iii) introducing new performance drivers such as feedback mechanisms, regulations and provider payment mechanisms; and (iv) guaranteeing performance enablers, including adequate infrastructures, technologies, human resources and information systems. WHO's regional offices are also producing their own supportive technical guidance on hospital planning and management, and it is hoped that key stakeholders, such as ministries of health and local health authorities, will learn from such guidance and share it widely.

**Disclaimer:** The interviewees alone are responsible for the views expressed in this publication and they do not necessarily represent the decisions or policies of World Health Organization. ■

<sup>9</sup> Naylor C. Integrated care: the end of the hospital as we know it? [website]. London: The King's Fund Blog; 19 March 2015 (<https://www.kingsfund.org.uk/blog/2015/03/integrated-care-end-hospital-we-know-it>, accessed 7 November 2018).

## 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»<sup>1</sup>. 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”»<sup>2</sup>.

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.

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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%<sup>3</sup>.

#### **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»<sup>4</sup>. 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.

<sup>3</sup> 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](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/362620/IHSD-FPs-2017.pdf?ua=1), по состоянию на 15 декабря 2018 г.).

<sup>4</sup> 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](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 школах<sup>5</sup>.

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 суда<sup>6</sup>).

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)<sup>7</sup>.

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

<sup>5</sup> 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.).

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

<sup>7</sup> 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](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 знаниях<sup>8</sup>. 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).

<sup>8</sup> 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»<sup>9</sup>.

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 медицинско-санитарной помощи. В условиях

<sup>9</sup> 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. ■



## PANORAMA PEOPLE

# Interview with Margrieta Langins on the health workforce, interprofessionalism and the role of professional associations

*Edited by the WHO European Centre for Primary Health Care*

*This conversation builds on earlier work by the WHO European Centre for Primary Health Care in Almaty, Kazakhstan, with one of the contributors, Margrieta Langins of the Health Services Management Centre at the University of Birmingham. The work set out to explore the process of developing a competent primary care workforce throughout the cycle of professionals' development. Health practitioners, professional associations, researchers and policy-makers are among the key stakeholders, each having a unique role to play in this process. On the basis of information provided by experts and country reviews, this work has set out to unpack, in particular, the role of professional associations, tackling issues of prestige and quality improvement among other pertinent topics for the accelerated development of the primary care workforce.*

### **Forty years on from the call in the Declaration of Alma-Ata for an interprofessional workforce, have we achieved the original ambitions of team-based primary health care?**

The 40th anniversary of the Declaration of Alma-Ata<sup>1</sup>, marks a celebration and a moment of appreciation of the fact that, in 1978, leaders from around the world recognized the power of primary health care. They agreed that, with good design and delivery, “primary health care ... can effectively meet most health needs people encounter throughout their lives”<sup>2</sup>.

In addition to committing to the principles of “health for all”, the signatories of the Declaration went one step further – they recognized that success would depend on an interprofessional workforce. And so the Declaration reads:

“Primary health care relies, at local and referral levels, on health workers, including physicians, nurses, midwives, auxiliaries and community workers as applicable, as well as traditional practitioners as needed, suitably trained socially and technically to work as a health team and to respond to the expressed health needs of the community.”<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Declaration of Alma-Ata. Adopted at the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978 ([www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf), accessed 6 December 2018).

<sup>2</sup> Ghebreyesus TA, Fore H, Birtanov Y, Jakab Z. Primary health care for the 21st century, universal health coverage, and the Sustainable Development Goals. *Lancet*. 2018;392:1371–2. ([https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)32556-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)32556-X/fulltext), accessed 6 December 2018).

On this note, however, this 40th anniversary is a moment for humble reflection. Have we really accomplished the shift towards team-based primary health care that is needed to respond to individual and community needs?

A quick glance at the “I statements” prepared by the National Voices Campaign<sup>3</sup> in the United Kingdom, reveals that we have not. One statement from this “wish list” of how people wish care would be provided reads: “I can plan my care with people who work together to understand me and my carer(s)”; another reads: “The professionals involved with my care talk to each other. We all work as a team”; yet another reads: “If I still need contact with previous services/professionals, this is made possible”.

What is it about the way that professionals in the health system are trained and employed that makes it so difficult for them to work together? Is this at the root of why individuals and their families still long for more communication, collaboration and coordination between professionals? Part of the answer to this question is rooted in what has until now defined a profession and who the different stakeholders influencing professionals are.

<sup>3</sup> A narrative for person-centred coordinated care. London: National Voices; 2013 (<https://www.nationalvoices.org.uk/publications/our-publications/narrative-person-centred-coordinated-care>, accessed 6 December 2018).

## The making of a profession: what is the role of professional organizations?

In 1964, Wilensky<sup>4</sup> explained that any occupational group seeking professional status “must find a technical basis for it, assert an exclusive jurisdiction, linking both skill and jurisdiction to standards of training, and convince the public that its services are uniquely trustworthy”. Professions have since been identified as requiring key elements of: an area of technical specialized knowledge; a code of ethics; and an exclusive jurisdiction<sup>5</sup>. To support these elements, professions have typically established interrelated and sometimes overlapping organizations, whose functions and key activities typically include taking responsibility for education, unions, licensing and accreditation systems, and knowledge brokering (Table 1).

**TABLE 1. FOUR FUNCTIONS AND KEY ACTIVITIES FOR HEALTH-RELATED PROFESSIONAL ORGANIZATIONS**

Function	Key activities
1. Education and training	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ensuring that public health professionals are taught according to national health strategies, laws and professional competencies.</li> </ul>
2. Professional advocacy	<ul style="list-style-type: none"> <li>Protecting the interests of the profession.</li> <li>Ensuring that labour rights of professionals are protected.</li> <li>Advocating for appropriate compensation and wages.</li> <li>Representing the workforce in workplace conflicts and complaints.</li> </ul>
3. Professional licensing and accreditation	<ul style="list-style-type: none"> <li>Protecting the public by ensuring that professionals are providing safe, high-quality and evidence-informed services.</li> <li>Ensuring basic entry standards to the profession and monitoring adherence to these standards.</li> <li>Defining and moderating ethical and professional conduct.</li> <li>Representing the public in complaints against professionals.</li> </ul>
4. Professional knowledge brokering	<ul style="list-style-type: none"> <li>Advancing the science and expertise of the profession.</li> <li>Providing training and managing journals, conferences, networks, and interest groups.</li> </ul>

Source: the author, based on Starr P. *Professionalization and public health: historical legacies, continuing dilemmas*.

<sup>4</sup> Wilensky H. The professionalization of everyone? *Am J Sociol*. 1964;70:137–58.

<sup>5</sup> Starr P. Professionalization and public health: historical legacies, continuing dilemmas. *J Public Health Manag Pract*. 2009;15(6 Suppl):S26–30.

Historically, health-related professionalism has had two faces: positive and negative. Respect for professions has helped protect the integrity of profession-specific research and define the scope of practice in order to establish order and responsibilities. On the other hand, professionalism – its restrictive entry practices and competition for the control of resources – has often made health services more expensive (particularly physician services), less accessible and siloed. This has challenged our journey towards the interprofessional goals of primary health care put forward in the Declaration of Alma-Ata.

## How can professional associations accelerate team-based primary health care?

Do we need to dismantle professional organizations, which often seem to be only interested in protecting their interests and siloed approaches to care? Can professionals live up to the challenge of team-based primary health care? There is no question that professional organizations have the potential to bring incredible support to professionals carrying out person-centred primary health care. But it will be vital to identify more clearly what sorts of decisions can benefit from the input of the different types of stakeholders (including professional organizations, but also patient and community organizations). The WHO European Framework for Action on Integrated Health Services Delivery<sup>6</sup> has outlined the decisions that are important to creating competent professionals in people-centred, integrated care; in this context, teamwork has been identified as one of five relevant competencies<sup>7</sup>. It is also helpful to understand that these decisions are taken at four different levels<sup>8</sup>, according to the context, all necessitating a different arrangement of stakeholders.

If professional organizations are to retain their relevance in health systems strengthening and become productive factors in achieving the goals of team-based primary health care as set out in 1978, they are going to have to be ready to contribute across levels. Governments will increasingly need to ensure that professional organizations are assuming and fulfilling all

<sup>6</sup> European Framework for Action on Integrated Health Services Delivery: an overview. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/317377/FFA-IHS-service-delivery-overview.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/317377/FFA-IHS-service-delivery-overview.pdf?ua=1), accessed 6 December 2018).

<sup>7</sup> Langins M, Borgermans L. Strengthening a competent health workforce for the provision of coordinated/integrated health services. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/288253/HWF-Competencies-Paper-160915-final.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/288253/HWF-Competencies-Paper-160915-final.pdf?ua=1), accessed 6 December 2018).

<sup>8</sup> Kuhlmann E, Batenburg R, Wismar M, Dussault G, Maier CB, Glinos IA et al. A call for action to establish a research agenda for building a future health workforce in Europe. *Health Res Policy Syst*. 2018;16:52.

four functions outlined in Table 1, ensuring that the knowledge brokering function is not neglected in favour of professional advocacy, as is too often the case. At least two examples from the WHO European Region have demonstrated how this shift towards engaging professional organizations in knowledge brokering can be achieved.

***Multi-professional primary care learning networks in Sweden.***

A multi-professional primary care network launched by the municipality of Stockholm provides “dialogue seminars” twice a year for all primary care centres. Patients are involved in the selection of topics that they see as being needed, and the time required for professionals to take these courses is protected. A range of professionals then sit together for short, continuous learning opportunities on topics chosen by professionals and users as being important to reinforce, such as how to provide advice to patients about lifestyles. A major benefit of this model is that it involves bottom-up and enhanced change through practising and experiencing interprofessional learning and problem-solving.

***Interprofessional primary care association in Spain.*** Efforts to establish or strengthen primary care are accompanied by a strong “culture” of primary care in Spain. The corporate identity of primary care providers has been captured in the phrase “*Todos juntos a Atención Primaria: MEdeDICO A las Personas*” [All together for Primary Care: Practitioners for People]. An association representing a range of professionals serves to support continuous professional training and residencies for future primary care providers in interprofessional service delivery.

**Optimally engaging professional associations: how can countries work to best engage these organizations?**

Back in 1978, at the International Conference on Primary Health Care, much was said about team-based PHC without explicit guidance on how to align the goals of workforce

policies (e.g. training, regulation and workforce planning) with the goals of team-based PHC. This call has been renewed in the context of the people-centred, integrated care agenda, but this time with a focus on four important functions of professional stakeholders and four levels of decision-making. Professional organizations are needed more than ever.

If the global community is to embrace the 40th anniversary of the Alma-Ata Declaration as a moment to move forward with team-based primary health care, Member States will need to consider two things when engaging professional organizations: first, they will need to ensure that all four functions of professional organizations are maintained and that none – especially the knowledge brokering function – is neglected; secondly, they will need to oversee and ensure that the knowledge brokering function is: (i) focused on defining health in terms of the social and economic needs of patients; (ii) a platform for improving interprofessional collaboration in initial education and practice; and (iii) pursued wherever possible in collaboration with organizations of other professions within and beyond the health sector so as to co-produce and disseminate a body of knowledge that reflects an interprofessional approach to PHC.

The build-up to the 40th anniversary may have been a harsh reminder of what this monumental Declaration has not yet managed to achieve, but it does offer, or it can be framed as, the moment we chose to do things differently.

**Disclaimer:** The interviewee alone is responsible for the views expressed in this publication and they do not necessarily represent the decisions or policies of World Health Organization. ■

## ЛЮДИ «ПАНОРАМЫ»

# Интервью с Маргриетой Лангинс о работниках здравоохранения, межпрофессиональном подходе и роли профессиональных ассоциаций

*Отредактировано сотрудниками Европейского центра ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи*

*Интервью с Маргриетой Лангинс из Центра управления услугами здравоохранения Бирмингемского университета посвящено деятельности Европейского центра ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи в г. Алматы, Казахстан, в которой она принимала непосредственное участие. Цель этой работы заключается в обеспечении компетентных кадров для первичного звена медико-санитарной помощи на основании циклов профессионального обучения. Медицинские работники, профессиональные ассоциации, научные сотрудники и лица, ответственные за разработку политики, являются ведущими партнерами в этом процессе, где им всем отведена уникальная роль. На основе информации, полученной от экспертов, и обзоров в странах была начата работа по раскрытию, среди прочего, роли профессиональных ассоциаций для решения задач, связанных с повышением престижа и качества, а также других актуальных вопросов в контексте активизации мер по развитию кадровой базы для первичной медико-санитарной помощи.*

**Сегодня, спустя 40 лет после принятия Алма-Атинской декларации и предусмотренного ей межпрофессионального подхода, был ли налажен командный подход к оказанию первичной медико-санитарной помощи?**

Сороковая годовщина Алма-Атинской декларации<sup>1</sup> – это праздничное событие и повод с признательностью вспомнить о том, как в 1978 г. мировые лидеры признали потенциал первичной медико-санитарной помощи. Они решили, что при качественном планировании и предоставлении «первичная медико-санитарная помощь ... может эффективно удовлетворить большинство потребностей в отношении здоровья, возникающих у людей на протяжении жизни»<sup>2</sup>.

Помимо выражения приверженности принципам достижения здоровья для всех, участники конференции в Алма-Аты пошли еще дальше – в Декларации они отметили,

что успех будет зависеть от межпрофессиональной кадровой базы. Декларация гласит:

«Первичная медико-санитарная помощь опирается на местном и более высоких уровнях на работников здравоохранения, включая, где это возможно, врачей, медсестер, акушеров, вспомогательный персонал и общественных работников, а также при необходимости на традиционных лекарей, соответственно подготовленных с социальной и профессиональной точек зрения для работы в составе бригады здравоохранения и для удовлетворения медико-санитарных нужд населения».

Однако стоит отметить, что сорокалетняя годовщина принятия Декларации также служит подходящим моментом для того, чтобы здраво оценить достигнутое. Действительно ли нам удалось внедрить командный подход к оказанию услуг первичной медико-санитарной помощи, столь важный для удовлетворения индивидуальных потребностей и потребностей местных сообществ?

Даже беглого взгляда на мнения людей, собранные в рамках кампании National Voices<sup>3</sup> в Соединенном Королев-

<sup>1</sup> Алма-Атинская декларация. Принята Международной конференцией по первичной медико-санитарной помощи, Алма-Ата, СССР, 12 сентября 1978 г. ([http://www.un.org/ru/documents/decl\\_conv/declarations/almaata78.shtml](http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/almaata78.shtml), по состоянию на 14 декабря 2018 г.).

<sup>2</sup> Ghebreyesus TA, Fore H, Birtanov Y, Jakab Z. Primary health care for the 21st century, universal health coverage, and the Sustainable Development Goals. Lancet. 2018;392:1371–2. ([https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)32556-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)32556-X/fulltext)).

<sup>3</sup> A narrative for person-centred coordinated care. London: National Voices; 2013 (<https://www.nationalvoices.org.uk/publications/our-publications/narrative-person-centred-coordinated-care>, по состоянию на 14 декабря 2018 г.).

стве, достаточно для того, чтобы понять, что достичь этой цели мы не смогли. Так, на вопрос о том, чего люди хотели бы от услуг здравоохранения, были получены следующие ответы: «чтобы я мог планировать предоставляемые мне услуги здравоохранения вместе с людьми, которые вместе стремятся к тому, чтобы лучше понимать меня и тех, кто осуществляет уход за мной»; «чтобы участвующие в оказании помощи специалисты поддерживали диалог друг с другом. Чтобы мы все работали, как одна команда»; «если мне вдруг потребуется связаться со специалистами, работавшим со мной ранее, то это легко можно будет сделать».

Какой же именно аспект профессиональной подготовки и работы специалистов здравоохранения мешает им сотрудничать? Не поэтому ли пациенты и их семьи по-прежнему отмечают недостаточные взаимодействие, сотрудничество и координацию между работниками здравоохранения? Частично это объясняется характеристиками, которые до сегодняшнего дня определяют профессию, а также тем, чьему влиянию эти специалисты в первую очередь подвержены.

### Формирование профессии: какова роль профессиональных организаций?

В 1964 г. Wilensky<sup>4</sup> объяснил, что любой стремящейся к получению статуса профессионалов группе работников «следует найти техническую базу, утвердить исключительную юрисдикцию, увязав как навыки, так и юрисдикцию со стандартами обучения, и убедить общественность в том, что услуги этой группы уникальны по степени своей надежности». С тех пор считается, что ключевыми составляющими профессии являются область специализированных технических знаний, кодекс профессиональной этики и исключительная юрисдикция<sup>5</sup>. Для поддержки этих составляющих профессии обычно создают связанные между собой организации, деятельность которых может дублироваться. Функции и основные направления деятельности таких организаций обычно включают обучение, работу профсоюзов, системы аккредитации и лицензирования, а также посредничество в распространении знаний (таблица 1).

Исторически профессионализм в здравоохранении может иметь как положительную, так и негативную коннотацию. Уважение к профессии помогает обеспечить этический характер исследований и определить обязанности

**ТАБЛИЦА 1. ЧЕТЫРЕ ОСНОВНЫХ ФУНКЦИИ И ЗАДАЧИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ, СВЯЗАННЫХ СО ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ**

Функция	Основные направления деятельности
1. Образование и профессиональная подготовка	<ul style="list-style-type: none"> <li>Обеспечение обучения работников здравоохранения в соответствии с национальными стратегиями здравоохранения, законами и требованиями к профессиональным навыкам.</li> </ul>
2. Борьба за права представителей профессии	<ul style="list-style-type: none"> <li>Защита интересов профессии.</li> <li>Защита трудовых прав представителей профессии.</li> <li>Борьба за надлежащее вознаграждение труда и заработную плату.</li> <li>Защита интересов представителей профессии в случае служебных конфликтов и жалоб.</li> </ul>
3. Лицензирование профессиональной деятельности и аккредитация	<ul style="list-style-type: none"> <li>Защита граждан путем обеспечения того, чтобы специалисты предоставляли безопасные и высококачественные услуги на доказательной основе.</li> <li>Обеспечение основных стандартов для входа в профессию и контроль за соблюдением этих стандартов.</li> <li>Разработка этических и профессиональных норм поведения и контроль за их соблюдением.</li> <li>Защита интересов граждан в случае возникновения жалоб на представителей профессии.</li> </ul>
4. Распространение профессиональных знаний	<ul style="list-style-type: none"> <li>Развитие науки и экспертных знаний в рамках профессии.</li> <li>Обучение, а также обеспечение работы журналов, конференций, сетей и инициативных групп.</li> </ul>
Источник: автор, на основе Starr P. Professionalization and public health: historical legacies, continuing dilemmas.	

работников в интересах порядка и ответственности. С другой стороны, профессионализм – а точнее характерные для него ограничения на вход в профессию и конкуренция за контроль над ресурсами – часто бывает причиной повышения стоимости услуг здравоохранения (особенно услуг врачей) и их изолированности, а также снижения доступности. Это препятствует реализации концепции межпрофессиональности первичной медико-санитарной помощи, изложенной в Алма-Атинской декларации.

<sup>4</sup> Wilensky H. The professionalization of everyone? Am J Sociol. 1964;70:137–58.

<sup>5</sup> Starr P. Professionalization and public health: historical legacies, continuing dilemmas. J Public Health Manag Pract. 2009;15(6 Suppl):S26–30.



## Как профессиональные ассоциации могут ускорить внедрение командного подхода к оказанию первичной медико-санитарной помощи?

Должны ли мы расформировать профессиональные организации, которые, на первый взгляд, заинтересованы лишь в защите собственных интересов и применяют изолированные подходы к охране здоровья? Способны ли работники здравоохранения оказывать первичную медико-санитарную помощь, работая в команде? Несомненно, профессиональные организации обладают потенциалом для обеспечения огромной поддержки работникам, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, ориентированную на человека. Вместе с тем, очень важно добиться четкого понимания того, на решения какого рода сможет повлиять вклад различных партнеров (не только профессиональных организаций, но и общественных объединений и организаций пациентов). Европейская рамочная основа для действий по организации интегрированного предоставления услуг здравоохранения<sup>6</sup> содержит информацию о решениях, имеющих значение для подготовки компетентных специалистов в сфере комплексной помощи, ориентированной на нужды людей, и в этом контексте командная работа названа одним из пяти необходимых профессиональных качеств<sup>7</sup>. Целесообразно также принять во внимание тот факт, что подобные решения, в зависимости от ситуации, принимаются на одном из четырех уровней<sup>8</sup>, с вовлечением различных групп заинтересованных сторон.

Для того чтобы профессиональные организации могли и далее играть роль в укреплении систем здравоохранения и вносить весомый вклад во внедрение командного подхода к оказанию первичной медико-санитарной помощи согласно Декларации 1978 г., они должны быть готовы к работе на различных уровнях. Государства должны будут сделать так, чтобы профессиональные организации признавали и выполняли все четыре функции, обозначенные в таблице 1, в частности, чтобы борьба за права работников велась не в ущерб выполнению еще одной

задачи – распространения профессиональных знаний, как это часто бывает. В Европейском регионе ВОЗ есть как минимум два примера осуществления такого перехода к вовлечению профессиональных организаций в процесс распространения знаний.

**Мультипрофессиональные сети обучения в области первичной медико-санитарной помощи в Швеции.** Мультипрофессиональная сеть по первичной медико-санитарной помощи, созданная муниципалитетом Стокгольма, дважды в год проводит «диалоговые семинары» для всех центров первичной медико-санитарной помощи. В выборе актуальных тем для семинаров участвуют пациенты, а работникам здравоохранения гарантируется право и выделяется время на прохождение курсов. После этого работники вместе присутствуют на краткосрочных занятиях по принципу непрерывного обучения по темам, которые они и получатели услуг сочли полезными – например, по предоставлению пациентам консультаций по вопросам образа жизни. Главное преимущество этой модели заключается в том, что она предполагает активное осуществление изменений по принципу «снизу вверх» с помощью межпрофессиональных подходов к обучению и разрешению проблем.

**Межпрофессиональная ассоциация первичной медико-санитарной помощи в Испании.** В Испании усилия по укреплению первичной медико-санитарной помощи осуществляются в условиях существующей в стране «культуры» первичного звена. Идеологию поставщиков первичной медицинской помощи отражает лозунг «*Todos juntos a Atención Primaria: MEdeDICO A las Personas*» [Совместные усилия на благо первичной медицинской помощи: врачи для людей]. Ассоциация представляет интересы широкого круга работников и обеспечивает непрерывную профессиональную подготовку и ординатуру для будущих работников первичной медико-санитарной помощи согласно концепции работы в многопрофильных командах.

## Наилучшая стратегия вовлечения профессиональных ассоциаций: как страны могут наиболее эффективно взаимодействовать с этими организациями?

В 1978 г. на Международной конференции по первичной медико-санитарной помощи немало говорилось о командном подходе к ее осуществлению, но четкие указания о том, как совместить цели в области кадровой политики (в частности, профессиональной подготовки, регулирования и планирования) с целями по внедрению командного подхода к оказанию первичной медико-санитарной

<sup>6</sup> Обзор Европейской рамочной основы для действий по организации интегрированного предоставления услуг здравоохранения. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0011/317378/FFA-IHS-service-delivery-overview-ru.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/317378/FFA-IHS-service-delivery-overview-ru.pdf?ua=1), по состоянию на 14 декабря 2018 г.).

<sup>7</sup> Langins M, Borgermans L. Strengthening a competent health workforce for the provision of coordinated/integrated health services. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/288253/HWF-Competencies-Paper-160915-final.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/288253/HWF-Competencies-Paper-160915-final.pdf?ua=1), по состоянию на 14 декабря 2018 г.).

<sup>8</sup> Kuhlmann E, Batenburg R, Wismar M, Dussault G, Maier CB, Glinos IA et al. A call for action to establish a research agenda for building a future health workforce in Europe. *Health Res Policy Syst.* 2018;16:52.

помощи, при этом отсутствовали. Этот вопрос вновь стал актуален в контексте комплексной, ориентированной на нужды людей помощи, но уже с акцентом на четыре важные функции партнеров и четыре уровня принятия решений. Сегодня профессиональные организации нужны, как никогда раньше.

Для того чтобы мировое сообщество могло использовать сороковую годовщину Алма-Атинской как возможность для продвижения командного подхода к оказанию медико-санитарной помощи, государствам-членам необходимо будет учесть два факта, касающихся работы с профессиональными организациями. Во-первых, нужно обеспечить выполнение всех четырех функций профессиональных организаций, не допуская отхода на второй план отдельных функций (чаще всего – функции распространения профессиональных знаний). Во-вторых, нужно обеспечить контроль за тем, чтобы функция распространения профессиональных знаний (i) была сосредоточена на определении здоровья с точки зрения социальных и экономических потребностей пациентов; (ii)

служила платформой для развития межпрофессионального сотрудничества в области начального образования и практики; (iii) по мере возможности, осуществлялась в сотрудничестве с организациями работников других профессий в секторе здравоохранения и за его пределами, для совместного создания и распространения знаний, отражающих межпрофессиональный подход к первичной медико-санитарной помощи.

Сороковая годовщина принятия монументальной Декларации 1978 г. стала отрезвляющим напоминанием о том, что мы пока не достигли всех ее целей. Вместе с тем она может стать и поворотным моментом для того, чтобы начать работать по-новому.

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

## PANORAMA PEOPLE

# Interview with Irina Kalinina on crowdsourcing public feedback for improving polyclinics in Moscow, the Russian Federation

*Edited by the WHO European Centre for Primary Health Care*

*Patient complaints and long waiting times, coupled with the growing popularity of private medical services as an alternative to the city's health centre network, have sent a signal to the Moscow Department of Healthcare that measures need to be taken to meet the needs of patients. As part of its large-scale efforts to involve the public in the discussion of primary health care services provided in the city, the Department used crowdsourcing to collect suggestions on the improvements that need to be made. We talked to Dr Kalinina, a freelance specialist on the management of nursing practices at the Directorate for the Coordination of the Activities of Medical Organizations of the Moscow Department of Healthcare (in the South-Eastern Administrative District of Moscow), member of the board of the Regional Public Organization of Moscow Nurses and the Chief Nurse at State Budgetary Healthcare Institution Diagnostic Centre No. 3 of the Moscow Department of Health, about the campaign and its results.*

### **What was the impetus for this initiative?**

Only a few years ago, most people did not exactly have a positive view of Moscow's health centres: never-ending queues, toilets that don't work, problems getting your medical record, difficulties booking an appointment, the impossibility of getting in to see a specialist – the list goes on. It is, thus, unsurprising that most Muscovites were unhappy with the services provided in our health centres. We also received complaints regarding accessibility for people with limited mobility and the services offered to those requiring palliative care. Something had to be done. This is why the government of Moscow developed an appropriate programme for improving the quality of our services – the “Moscow Health Centre Standard.” The first step in the development of this programme was crowdsourcing – pooling the opinions of Moscow residents on how they would like to see the city's health centres.

### **How did you go about developing the crowdsourcing survey?**

Before the project was launched, there was no feedback mechanism as such for patients, and there was no formal way of gauging their opinions. Patients would just take their complaints immediately to the chief physician or head of department.

The “My Health Centre” project was developed in 2015. The objectives of the project are to gather and study proposals from both patients and healthcare workers on how to improve the

work of health centres, reduce waiting times, cut down on the number of unnecessary visits to the doctor and ultimately change the image of Moscow healthcare.

### **Tell us a little about how the crowdsourcing project was carried out.**

We received over 27,000 unique suggestions through the portal. An expert group made up of health workers, chief physicians at health centres and members of a working group created by the Moscow Department of Healthcare was then set up. The expert group selected proposals on the basis of these discussions that covered the most important areas for improvement. These proposals were elaborated further before being submitted to a public vote on the “Active Citizen” portal. And the proposals that received the most votes from Moscow residents were selected for priority implementation.

### **What were the results of the campaign?**

The Moscow Healthcare Department used the priority areas identified as a result of the project to develop the “Moscow Health Centre Standard” programme for improving the quality of our services. Three health centres took part in a pilot programme before it was introduced on a wider scale. Changes made during the course of the pilot programme gave us an idea of what worked in practice and what did not. Some things changed during the programme's implementation. Gradually, more and more health centres became part of the project,

building on the experience of the pilot institutions. The final, comprehensive and battle-tested standard was then introduced at all of the city's healthcare institutions. It is important to note that the scale on which the standard was implemented in health centres differed according to their size, type, capacities, number of patients and budget.

As of the time of speaking, all health centres in the capital have transitioned to the new standard, and all health workers understand what is expected of them in terms of their work – from talking politely with the patient to the correct organization of their workspace and performance of their duties.

### **Could you describe the new standard in the provision of care at Moscow's health centres?**

The aim of the standard is to improve the quality of treatment and care, increase patient satisfaction and the effectiveness of the work of medical staff, and ultimately change the image of Moscow healthcare.

And these changes are not hard to spot, as they start at the front doorstep of the healthcare institution. The open space at the entrance to the health centre is arranged in such a way as to immediately put the patient at ease. The lobby now boasts a water cooler and a vending machine, and the waiting areas have comfortable furniture and televisions. Our health centres are now cosy and warm, just like at home.

The Moscow Standard includes mechanisms for reducing queues, improving the work of the registrar and increasing the effectiveness of the work carried out by healthcare workers, as well as the quality and availability of medical care.

Measures to improve the effectiveness of the work carried out by healthcare workers include: simplifying the procedure for issuing subsidized prescriptions for patients with chronic illnesses and creating teams for home visits. The latter initiative has made it possible to increase therapist shifts from 4–5 to 8 hours and individual consultation times from 10 to 15 minutes. These teams are equipped with vehicles and all the necessary equipment (a wide variety of medicines, a blood glucose meter and a portable ECG) to ensure high-quality home care. This makes it possible, for example, to monitor the condition of patients with cardiovascular diseases and take these indicators into account when providing treatment.

Another innovation is the creation of the “Standard Patient Pathway,” which starts at the entrance area. Under this system, the patient is greeted by an administrator who is able to answer

any questions the patient may have and ensure that they see the correct specialist. No longer does the patient have to go to the registrar to get their medical record, as it is delivered to the doctor before the scheduled appointment.

A system has been introduced whereby patients can be seen by nursing staff (without the participation of a doctor) at a “nursing station.” Nursing staff can issue medical documents (various certificates, referrals to health resorts, etc.), measure blood pressure and carry out other procedures that do not require the participation of a doctor. These visits account for up to 50% of all patient appointments, and holding them at a “nursing station” significantly reduces the burden on doctors and allows them to engage in the treatment of patients directly. Nurses at the “nursing station” can help patients book an appointment with a doctor, provide explanations on specific issues and recommend specialists.

### **How is patient feedback provided?**

Patient feedback is covered by a separate set of measures in the Moscow Health Centre Standard. Patients who have a personal account on the web portal receive a text message from the chief physician the day after their appointment asking them to evaluate the work of the clinic. Patients can also leave their comments.

Health centres have a feedback desk, where anyone can write their suggestions, comments and messages. New feedback tools are being introduced: smiley feedback counters and an “text message assessment service.” In both cases, patients will be able to immediately share their impressions about their appointment by pressing the corresponding smiley or sending a free text message. All the information received is then analysed by the management team, and if the actions of a health worker have given cause for concern, then various sanctions may be applied against them. Getting feedback from the public on the work of our health centres is an integral part of the new Standard.

The introduction of the Moscow Health Centre Standard has made healthcare more accessible and provided doctors with more time to assess their patients. It has also made visiting the doctor a more comfortable experience for patients and increased the attractiveness of medical institutions for patients.

**Disclaimer:** The interviewee alone is responsible for the views expressed in this publication and they do not necessarily represent the decisions or policies of World Health Organization. ■

## ЛЮДИ «ПАНОРАМЫ»

# Интервью с Ириной Калининой по поводу обратной связи с общественностью с целью улучшения работы поликлиник в Москве, Российская Федерация

*Отредактировано сотрудниками Европейского центра ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи*

*Жалобы пациентов и длительное время ожидания в сочетании с растущей популярностью частных платных услуг как альтернативы сети поликлиник города стали сигналом Департаменту здравоохранения г. Москвы о необходимости принять меры для удовлетворения потребностей пациентов. В рамках широкомасштабных усилий по привлечению общественности к обсуждению услуг первичной медико-санитарной помощи в городе Департамент использовал краудсорсинг для получения предложений о необходимых улучшениях. В этом интервью мы обсудили процесс и результаты кампании с Ириной Калининой, окружным внештатным специалистом по управлению сестринской деятельностью ГКУ ДЖД МО ДЗМ (ЮВАО), членом правления РООМС и главной медицинской сестрой ГБУЗ «ДЦ № 3 ДЗМ».*

### Что послужило толчком для этой инициативы?

Еще несколько лет назад столичные поликлиники вызывали у многих не самые приятные ассоциации: вечные очереди, неработающие санузлы, проблемы с получением медицинской карты, трудности при записи к врачу, невозможность попасть к специалисту – список проблем этим не ограничивался. Поэтому неудивительно, что большинство москвичей были недовольны услугами, предоставлявшимися в поликлиниках. Жалобы поступали также на обслуживание маломобильных граждан и тех, кому необходима паллиативная помощь. Сложившуюся ситуацию необходимо было переломить. Поэтому Департамент здравоохранения города Москвы разработал соответствующую программу повышения качества обслуживания — «Московский стандарт поликлиники». И первым шагом разработке этой программы стал краудсорсинг-проект, в рамках которого жители Москвы могли высказать свое мнение о том, какими они хотели бы видеть столичные поликлиники.

### Как разрабатывался краудсорсинг-проект опроса граждан?

До внедрения данного проекта не существовало как таковой обратной связи со стороны пациентов или официального способа получения отзывов от них. Пациент сразу шел с жалобой к главврачу или к заведующему отделением.

Проект «Моя поликлиника» был разработан в 2015 г. В его задачи входили сбор и изучение предложений как от пациентов, так и от медработников о том, как улучшить работу поликлиник, уменьшить очереди, сократить число ненужных посещений и в итоге изменить имидж столичного здравоохранения.

### Расскажите, пожалуйста, как осуществлялся краудсорсинг-проект.

Через портал было получено более 27 тыс. различных предложений. Затем была сформирована экспертная группа, в которую вошли медработники, включая главврачей поликлиник, а также члены рабочей группы, созданной Департаментом здравоохранения. В рамках этих обсуждений были отобраны предложения, охватывавшие наиболее важные области для улучшения ситуации. Эти предложения прошли дальнейшую доработку и были вынесены на общественное голосование на том же портале «Активный гражданин». В итоге те идеи, за которые проголосовало наибольшее число москвичей, были выбраны для приоритетного внедрения.

### К каким результатам привела эта кампания?

На базе приоритетов, определенных в рамках проекта, Департамент здравоохранения Москвы разработал программу повышения качества обслуживания — «Московский



стандарт поликлиники». В пилотировании этой программы перед ее широким внедрением принимали участие три поликлиники. По мере того, как пилотные поликлиники внедряли изменения, можно было на практике увидеть, что работает, а что нет. Что-то менялось по ходу осуществления. Постепенно к проекту присоединялись и другие поликлиники, которые в свою очередь уже использовали опыт пилотных учреждений. В итоге окончательный, всеобъемлющий и проверенный на практике стандарт был распространен на все поликлинические учреждения города. Важно отметить, что масштаб реализации в разных поликлиниках различался. Это зависело от их размера, типа, возможностей, количества жителей, прикрепленных к конкретной поликлинике, а также имеющихся бюджетов.

На сегодняшний день все столичные поликлиники перешли на новый стандарт работы, и каждый медработник понимает, как ему следует теперь работать, начиная с вежливого общения с пациентом и заканчивая организацией своего рабочего пространства и выполнения своих обязанностей.

### **Опишите, пожалуйста, что собой представляет новый стандарт предоставления помощи в поликлиниках Москвы.**

Целью стандарта является улучшение качества лечения и обслуживания, повышение удовлетворенности пациентов, эффективности работы медицинских работников и в итоге – изменение имиджа столичного здравоохранения.

Перемены сложно не заметить, ведь они начинаются прямо с порога лечебного учреждения. Открытое пространство при входе в поликлинику организовано так, чтобы пациенту сразу стало комфортно. Теперь в холле есть кулер с водой, вендинговый аппарат, в зонах ожидания установлена мягкая мебель и телевизоры. В поликлиниках стало уютно и по-домашнему тепло.

Московский стандарт включает в себя механизмы сокращения очередей, улучшения работы регистратуры, повышения эффективности работы медперсонала, а также качества и доступности медицинской помощи.

Среди мер по повышению эффективности работы поликлиник: упрощение процедуры выписки льготных рецептов для пациентов с хроническими заболеваниями, создание бригад по выездам на дом. Создание бригад по

выездам на дом позволило увеличить время приема терапевта в поликлинике с 4–5 до 8 часов в смену, а также время консультации одного пациента с 10 до 15 мин. Данные бригады оснащены автотранспортом и всем необходимым оборудованием (расширенный состав медикаментов, глюкометр, портативный ЭКГ) для обеспечения высокого качества помощи на дому. Это позволяет, к примеру, отслеживать состояние пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и учитывать эти показатели при назначении лечения.

Еще одним нововведением является создание «стандартного маршрута пациента» который начинается с входной зоны. Здесь его встретит администратор, который сможет грамотно ответить на любой вопрос и правильно направить его к нужному кабинету. Пациенту больше не придется идти за медицинской картой в регистратуру: медицинские карты заблаговременно доставляются врачу.

Внедрена система приема пациентов средним медицинским персоналом (без участия врача) на «сестринском посту» для выписки медицинских документов (различные справки, санаторно-курортные карты), измерения артериального давления и других процедур, не требующих участия врача. Данные посещения составляют до 50% всех приемов пациентов, и их выполнение на «сестринских постах» значительно снижает нагрузку на врачей и позволяет им заниматься непосредственно лечением. Прием на «сестринском посту» ведет медицинская сестра, которая поможет записаться на прием к врачу, даст разъяснения, порекомендует специалиста.

### **Как обеспечена обратная связь с пациентами?**

Обратная связь – это отдельный блок мероприятий московского стандарта. Всем пациентам, у которых есть личный кабинет на портале госуслуг with «Госуслуги», на следующий день после приема приходит сообщение от главного врача на мобильный телефон с просьбой оценить работу поликлиники. Пациенты также могут оставлять свои комментарии.

Любой желающий может написать свои предложения, замечания, обращения и оставить их в специально организованном месте – на стойке обратной связи. Внедряются новые инструменты обратной связи: пульта с набором смайликов и сервис «SMS-оценка». В обоих случаях пациент сможет сразу же после визита поделиться своим впечатлением, нажав на пульте нужную кнопку-эмоцию

или отправив бесплатное сообщение о качестве обслуживания. Впоследствии вся полученная информация будет анализироваться руководством, и если действия медработника будут вызывать вопросы, к нему будут применены различные санкции. Получение обратной связи от населения о работе поликлиник является неотъемлемой частью нового стандарта.

Внедрение «Московского стандарта поликлиники» позволило сделать медицинское обслуживание доступнее,

дать врачам больше времени на прием пациентов, а также повысить комфортность посещения поликлиники, увеличить привлекательность медицинских учреждений для пациентов.

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

## CASE STUDY AND LESSONS LEARNT

### Upgrading the model of care in family medicine: a Slovenian example

Antonija Poplas Susič<sup>1</sup>, Igor Švab<sup>2</sup>, Zalika Klemenc-Ketiš<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup> Ljubljana Community Health Centre, Ljubljana, Slovenia

<sup>2</sup> Department of Family Medicine, Faculty of Medicine, University of Ljubljana, Ljubljana, Slovenia

<sup>3</sup> Department of Family Medicine, Faculty of Medicine, University of Maribor, Maribor, Slovenia

Corresponding author: Zalika Klemenc Ketiš (email: zalika.klemenc@um.si)

## ABSTRACT

**Introduction:** New models of care in family practice are required given the rapid development of medicine, demographic changes, the expanding number of services, and the inter-professional approach – using more professionals from other fields such as nursing – that should be provided to patients. Therefore, changes were needed to enable family physicians in Slovenia to practice a personalized, comprehensive and holistic approach. The purpose of this article is to describe the new model of care in family practice that was implemented in Slovenia and its initial results.

**Methods:** In 2011, a project at the level of primary care in Slovenia was launched that introduced an upgraded model of care in family practices, where the family practice's working team was expanded by adding a registered nurse working four hours per day or a 0.5 full-time equivalent. The nurses' tasks were to manage patients with stable chronic diseases and perform preventive activities.

**Results:** At the end of 2017, out of 968 family practices in Slovenia, 775 adopted the upgraded model of care. Within these practices, 1 252 889 patients were registered, representing 83.5% of all of the 1 500 419 patients

registered in family practices in Slovenia. From 2011 to 2017, 428 191 patients were screened for selected chronic diseases and risk factors. During preventive screenings, 108 546 patients were newly found to have at least one chronic disease and 293 170 patients were identified to have risk factors. 349 402 had already been diagnosed as having at least one chronic disease and were entered into registers as chronic patients.

**Conclusion:** This project has significant public health potential. It offers objective and regularly updated data on the prevalence and incidence of chronic diseases and the presence of risk factors among the population of Slovenia. These data could present a basis for public health actions and public health policy planning at the national level which could result in an improvement in population health. At the primary health care level, this project offers a better quality of care and constant quality improvement. It also enables the same standards of care across the entire country which is a step towards health care equality. Through this project, primary health care in Slovenia was, and could continue to be, reinforced and obtain a central role in the health care system.

**Keywords:** PRIMARY HEALTH CARE, INTERDISCIPLINARY HEALTH TEAMS, CHRONIC DISEASE, PATIENT CARE

## INTRODUCTION

In 2008, the World Health Organization (WHO) released a report (1) that called on governments to pay greater attention to primary health care and direct their health policy to ensure that primary health care is as effective and affordable as possible (2). Some countries succeeded in implementing this call while facing the challenge that health care was fragmented and non-patient-oriented (3). In Slovenia, the organization and delivery of the health care system followed the views of Andrija Štampar (4), the ideological leader of community-oriented primary care; nonetheless, primary health care continued to lose its important

role in the health care system despite the fact that family medicine, in particular, had developed significantly in recent years (5–8).

Slovenia is a Central European country with approximately two million inhabitants. Its national health care system can be described as a combination of the Beveridge and Bismarck models. Every inhabitant of Slovenia is insured through their employment status, or, if unemployed, through local communities. Compulsory health insurance covers over 80% of all health care costs, and through the purchase of a voluntary insurance top-up payment, the remaining health care costs and additional services provided to the user above the basic level

can be covered. The responsibility of the state is to prepare and establish the network of health care institutions which comprises: public primary health care centres; family physicians and dentists who work as independent contractors; pharmacies; specialist services; and public hospitals.

A traditional family physician's working team in Slovenia consists of a family physician and a nurse with a baccalaureate degree, or nurse assistant. Such a team works either in a health centre with other family physician working teams, in a health centre with other family physician working teams and other specialists, or as an independent contractor (7). Family physicians in Slovenia can choose either to be state employees or independent contractors with the National Insurance Company: the majority are state employees. The financing of family physicians, both state-employed and independent contractors, is done through the National Insurance Company.

European family medicine competencies have been implemented in family practice in Slovenia (9) and offers a person-oriented and comprehensive team approach to patients. However, upgraded models of care in family practice are required in the face of: the rapid development of medicine, such as through new technologies and newly available investigations; demographic changes; the expansion of primary care services, because of reduced hospitalization times, or more time-consuming palliative care and care for multi-morbid patients; increased demands from patients and the growing number of patients per physician; and the need for applying an inter-professional approach – using more professionals from other fields such as nursing – for patients.

The purpose of this article is to describe the upgraded model of care in family practice that was implemented in Slovenia, with support from the Ministry of Health, and its initial results. With the upgrading of the family practice teams, we wanted to: assure a standardized approach to quality assurance and improvement; improve the quality of care; enable an interdisciplinary, standardized, and person-centred approach to patients; and enable a division of workloads among all members of a team according to their competencies.

## METHODS

### CHANGES TO FAMILY PRACTICE TEAMS

In 2011, a project at the primary care level in Slovenia was launched to introduce an upgraded model of care in family practices, whereby a family practice working team was expanded by a registered nurse working four hours per day or a 0.5 full-time equivalents (10). Registered nurses are defined

as nurses with a bachelor degree and additional postgraduate-specific training who work within an expanded scope of practice that includes screening, checking parameters, education and counselling on medical conditions within specific settings (11). The tasks of registered nurses were defined as managing patients with stable chronic diseases and conducting preventive activities, and the tasks of family physicians were managing patients with newly discovered chronic diseases or diseases in deterioration and patients with acute illnesses.

### EXTENSIVE PREVENTIVE ACTIVITIES

A preventive screening for: the most common chronic noncommunicable diseases, including diabetes, chronic obstructive pulmonary disease, asthma, hypertension, depression, coronary heart disease, cardiovascular diseases, and osteoporosis; and risk factors, including smoking, alcohol drinking, body mass index, nutrition habits, social status, and family history, was introduced for people aged 30 years and older, except for those with osteoporosis who were at least 60 years old.

### MANAGEMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC DISEASES

Registered nurses assumed the management of patients with the following chronic diseases: hypertension, diabetes, asthma, chronic obstructive pulmonary disease, osteoporosis, depression, benign prostatic hyperplasia, and coronary heart disease.

One of their first tasks was the establishment of registers of chronic patients. With the aim of achieving quality patient management, protocols for managing patients who had the selected chronic diseases were developed by inter-professional groups consisting of different professionals, such as family physician specialists, nurses, and specialists in cardiology, pulmonology or diabetes, to whom patients are referred regarding their chronic disease. Protocols present vertical connection and collaboration between different health care levels, from primary to secondary to tertiary (12). These protocols provide guidelines for primary health care teams in terms of clinical care and organizational aspects of practice. Much emphasis is also given to self-management support for patients which is essential for extending health care outside the physician's office into a patient's daily life. Protocols encompass clinical pathways for an efficient and effective journey of patients through the health care system. They contain the following clearly specific elements:

- protocol for performing an individual consultation with a patient
- criteria for managing a patient with a stable chronic disease
- frequency of planned visits

- ways of communicating
- criteria for urgent situations
- measures at the primary health care level for referral to an emergency department
- indications for referral to secondary/tertiary health care
- how to manage unstable diseases at the primary health care level
- communication pathways between a family physician and patient
- quality indicators for patients with chronic diseases
- physician instructions for the activities of registered nurses (12).

## QUALITY ASSURANCE AND IMPROVEMENT

Quality assurance encompasses the following dimensions: registers of chronic patients and patients with risk factors, protocols for the management of different groups of patients, quality indicators, and continuous education.

### REGISTERS OF CHRONIC PATIENTS AND PATIENTS WITH RISK FACTORS

Each family practice is establishing registers for patients with the following chronic diseases: diabetes, asthma, chronic obstructive pulmonary disease, hypertension, benign prostatic hyperplasia, depression, coronary heart disease, osteoporosis, smoking, and excessive alcohol drinking. At the level of family practice, the register contains information on a patient's gender, age, medications, and clinical indicators; namely, blood pressure levels and blood glucose levels. Family practice numbers are stored in electronic health records and are then captured by the national database. At the national level, only a small number of patients with certain chronic diseases is reported.

### QUALITY INDICATORS

Quality of care is monitored by 28 quality indicators which cover the quality of clinical work, quality of preventive activities, and quality of an organization. They are designed to give a comprehensive view of quality as they are from all three quality indicator categories: structure, process and outcome. Also, patient and staff satisfaction is measured annually. The parameters for quality indicators are automatically captured from electronic health records in practice and from an electronic database at the national level. Each family practice team has access to the data of its own practice and can also benchmark its work to that of other family practice teams.

### EDUCATION

An important part of quality assurance is proper and continuous education. Before a family practice can join the project, its entire team must undergo an educational module where the basics of the project, work, competencies and information technology are introduced. Registered nurses must then complete several educational modules to gain competencies for working with patients as a part of the family practice team.

Continuous professional development for teams in family practice takes place once a year through an annual professional conference organized by the Slovenian Family Medicine Society and the Department of Family Medicine, Faculty of Medicine, University of Ljubljana.

## RESULTS

### NUMBER OF PRACTICES AND PATIENTS

At the end of 2017, 775 of a total of 968 family practices in Slovenia had adopted the upgraded model of care. In these 775 practices, 1 252 889 patients were registered, representing 83.5% of all patients, or 1 500 419 patients, registered in family practices in Slovenia.

### PREVENTIVE ACTIVITIES

From 2011 to 2017, 428 191 patients were screened for the selected chronic diseases and risk factors. A total of 108 546 patients were found to have at least one of the selected chronic diseases, and 293 170 patients had risk factors (Table 1).

### CHRONIC DISEASES

At the end of 2017, there were 349 402 patients registered to have at least one of the selected chronic diseases. Most patients had hypertension (Table 2).

### QUALITY INDICATORS

The satisfaction of patients with the family physicians was very high over the years. The satisfaction with the registered nurses was slightly lower the first year but stabilized at a very high level in the next years. The patients were most satisfied with the professionalism, attitudes and ethics of the physicians, and least with the possibility of telephone communication with the practice – telephone lines were almost always busy – and waiting times. For registered nurses, patients were most satisfied with the integrated approach, where a diversity of professionals are involved, and communication, and least with the lack of a person-centred approach (as opposed to a disease-centred



**TABLE 1. NUMBER OF PATIENTS WITH CHRONIC DISEASES AND RISK FACTORS FOUND AT SCREENING FROM 2011 TO 2017**

Condition	Number of patients
Risk factors	293 170
Chronic diseases <sup>a</sup>	108 546
Asthma	3240
Chronic obstructive pulmonary disease	5786
Diabetes	21 460
Hypertension	44 808
Depression	12 234
Cardiovascular diseases	12 309
Coronary heart disease	2449
Osteoporosis	8264

<sup>a</sup> The total number of chronic diseases does not equal the sum of the separate diseases because one patient can have more than one chronic disease.

**TABLE 2. NUMBER OF PATIENTS WITH THE SELECTED CHRONIC DISEASE REGISTERED IN THE FAMILY PRACTICES WITH AN UPGRADED MODEL OF CARE**

Chronic disease	Number of patients
Diabetes	72 449
Asthma	31 426
Chronic obstructive pulmonary disease	15 126
Hypertension	252 189
Benign prostatic hyperplasia	42 471
Depression	51 504
Coronary heart disease	31 481
Osteoporosis	96 684

approach). Employee satisfaction in the practices increased over the years, with employees satisfied most with teamwork and the least with the possibility of replacement during their absence.

The patient satisfaction scale for 2016 showed high satisfaction with confidentiality, equity and respect among practice team members. The flexibility of the appointment system received the lowest evaluation values (Table 3) (13).

**TABLE 3. PATIENT SATISFACTION SCORES (EACH ITEM COULD BE ANSWERED ON A 5-POINT LIKERT SCALE – FROM 1 TO 5)**

Item	Mean (standard deviation)
The appointment system in this practice is flexible.	4.7 (0.6)
During the consultation, team members gave me enough information about self-care.	4.8 (0.5)
During the consultation, team members gave me understandable information about my health and planned treatment.	4.8 (0.5)
During the consultation, I was able to express my expectations regarding my treatment plan to the team.	4.8 (0.5)
In this practice, all patients are treated equally by the entire team.	4.9 (0.5)
Each team member in this practice knows their role.	4.8 (0.5)
Team members in this practice respect each other.	4.8 (0.4)
In this practice, the team handles my data confidentially.	4.9 (0.4)
In this practice, all patients are treated with respect by the entire team.	4.9 (0.4)

The structure quality indicators achieved quality standards but the process and outcome ones did not. In addition, there were significant differences in quality indicators between individual providers, health centres and regions of Slovenia.

## DISCUSSION

The project on the upgraded model of management of patients in family medicine in Slovenia was successfully implemented. It was expected that all family practices in Slovenia would adopt this model of care by the end of 2018. The first analysis showed that certain quality segments, including structure quality indicators and patient and employee satisfaction, achieved very high quality levels, while others did not yet achieve a satisfactory level of quality.

Currently, nearly four-fifths of all family practices in Slovenia have adopted the new model of care, which indicates a high level of acceptance of this model among family practice teams. With the inclusion of a registered nurse to a family medicine team, an excessive workload (14, 15) may be distributed between physicians and registered nurses, thus making more time available for consultations and fostering a more person-centred

approach. Also, it enables an inter-professional approach to patients. It has been shown that registered nurses can achieve similar health outcomes to those achieved by family physicians themselves (16, 17). They may even have superior interpersonal skills (18) and can assure high patient satisfaction (19, 20). It is therefore justified that registered nurses take over the tasks of checking the parameters of chronic patients and conducting preventive activities, which was also shown to be successful in other studies (16, 17). The protocols for managing patients with chronic conditions are developed in a way which fosters a person-centred approach to patients. Much emphasis is given to the need for patients to become partners in health decisions. The management of the individual patient is concentrated on their needs and priorities. Much time is devoted to effective communication which aims to empower patients to actively participate in the health care process. Health education is individually tailored according to the abilities, priorities and motivation of patients (21).

Registers of patients with risk factors and chronic diseases present a step forward in working at the primary health care level. They allow for an overview of the registered population and its health care needs and enable a structured, personalized and approach focused on a population rather than an individual.

Structure quality indicators achieved high standards and this is a sign that the conditions for measuring quality have been established. In addition, high levels of patient satisfaction show that the new form of care in family medicine was well received by patients. On the other hand, the process and outcome indicators did not meet the standards and this could be attributed to several reasons including the lack of quality control and improvement, poor adherence to guidelines and protocols, poor quality indicators, and suboptimal information support.

This project has significant public health potential. It offers objective and regularly updated data on the prevalence and incidence of chronic diseases and the presence of risk factors among the population of Slovenia. These data could present a basis for public health actions and public health policy planning at the national level which could result in an improvement in population health. At the primary health care level, this project offers a better quality of care and constant quality improvement. It also enables the same standards of care across the entire country which is a step towards more equitable health care. Through this project, primary health care in Slovenia could be reinforced and obtain a central role in the health care system.

As this model continues to be implemented, we are faced with many future challenges. Once all family practices in Slovenia have adopted this model of care, it will certainly be a good step towards the improvement of primary health care in Slovenia. The plans are to introduce other professional groups to the family practice team such as clinical pharmacists, dietitians, physiotherapists and others. Another big challenge is to establish the continuous professional monitoring of quality, which would require an enhanced workforce, financial resources, and infrastructure, and provide constant feedback to individual family practice teams about suggestions for quality improvement.

The improvement of primary health care demands long-term changes. Such changes are provided by this upgraded model which promises to strengthen health indicators in Slovenia. It also offers an insight into the future models of care at the primary health care level, possibly of an inter-professional nature. The implementation of such an approach needs coordinated planning which should include professionals from all levels of health care – primary, secondary and tertiary – and professional groups (as noted above), the Ministry of Health and other decision-makers, and patients. Registered nurses have to be educated in this new approach and their new tasks, such as preventive activities and managing patients with risk factors and chronic diseases, prior to beginning such a project, and the entire family practice team should be educated about this new approach. Feasible standardized guidelines for managing patients at all levels of health care should be developed. The competencies and responsibilities of family practice team members should be clearly defined. Such an on-going project needs continuous and flexible adaptation to the actual circumstances of the health care system of a country. In addition, the protocols should be constantly updated to include new knowledge that emerges as a consequence of the development of the profession.

**Acknowledgements:** None.

**Sources of funding:** None declared.

**Conflicts of interest:** None declared.

**Disclaimer:** The authors alone are responsible for the views expressed in this publication and they do not necessarily represent the decisions or policies of the World Health Organization.

REFERENCES<sup>1</sup>

1. Primary health care: Now more than ever. Geneva: World Health Organization; 2008 ([http://www.who.int/whr/2008/whr08\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf)).
2. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005;83:457-502 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690145/>).
3. Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy.* 2002;60:201-18 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11965331>).
4. Stampar A. On health politics. 1919. *Am J Public Health.* 2006;96:1382-5 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1522119/>).
5. Bulc M, Svab I, Pavlic DR, Kolsek M. Specialist training of Slovene family physicians. *Eur J Gen Pract.* 2006;12:128-32. doi: 10.1080/13814780600780759.
6. Seifert B, Svab I, Madis T, Kersnik J, Windak A, Steflava A, et al. Perspectives of family medicine in Central and Eastern Europe. *Fam Pract.* 2008;25:113-8. doi: 10.1093/fampra/cmn009.
7. Oleszczyk M, Svab I, Seifert B, Krztoń-Królewiecka A, Windak A. Family medicine in post-communist Europe needs a boost. Exploring the position of family medicine in healthcare systems of Central and Eastern Europe and Russia. *BMC Family Practice.* 2012;13:15. doi: 10.1186/1471-2296-13-15.
8. Kringos D, Boerma W, Bourgueil Y, Cartier T, Dedeu T, Hasvold T, et al. The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *Br J Gen Pract.* 2013;63:e742-e50. doi: 10.3399/bjgp13X674422.
9. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. The European definitions of the key features of the discipline of general practice: the role of the GP and core competencies. *Br J Gen Pract.* 2002;52:526-7 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1314348/pdf/12051237.pdf>).
10. Poplas-Susic T, Svab I, Kersnik J. The project of model practices in family medicine in Slovenia. *Zdrav Vestn.* 2013;82:635-47 (<https://vestnik.szd.si/index.php/ZdravVest/article/view/954>).
11. Reay T, Golden-Biddle K, Germann K. Challenges and leadership strategies for managers of nurse practitioners. *J Nurs Manag.* 2003;11:396-403 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14641721>).
12. Vodopivec-Jamsek V. The protocol of chronic patient management in a family medicine practice. *Zdrav Vestn.* 2013;82:711-7 (<https://vestnik.szd.si/index.php/ZdravVest/article/view/980>).
13. Klemenc-Ketis Z, Makivic I, Poplas Susic A. The development and validation of a new interprofessional team approach evaluation scale. *PLoS One.* 2018;13:e0201385. doi: 10.1371/journal.pone.0201385.
14. Petek Ster M, Svab I, Zivcec Kalan G. Factors related to consultation time: experience in Slovenia. *Scand J Prim Health Care.* 2008;26:29-34. doi: 10.1080/02813430701760789.
15. Živčec Kalan G, Petek Ster M, Kersnik J. Determinants of family physicians' workload. *Zdrav Vestn.* 2012;81:461-9 (<http://vestnik.szd.si/index.php/ZdravVest/article/viewFile/582/467>).
16. Dierick-van Daele AT, Metsemakers JF, Derckx EW, Spreeuwenberg C, Vrijhoef HJ. Nurse practitioners substituting for general practitioners: randomized controlled trial. *J Adv Nurs.* 2009;65:391-401. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04888.x.
17. Voogdt-Pruis HR, Beusmans GH, Gorgels AP, Kester AD, Van Ree JW. Effectiveness of nurse-delivered cardiovascular risk management in primary care: a randomised trial. *Br J Gen Pract.* 2010;60:40-6. doi: 10.3399/bjgp10X482095.
18. Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equal care to doctors. *Br Med J.* 2002;324:819-23 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC100791/pdf/819.pdf>).
19. DiCenso A, Bourgeault I, Abelson J, Martin-Misener R, Kaasalainen S, Carter N, et al. Utilization of nurse practitioners to increase patient access to primary health care in Canada - thinking outside the box. *Nurs Leadersh.* 2010;23:239-59 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21478696>).
20. Klemenc-Ketis Z, Kravos A, Poplas-Susič T, Svab I, Kersnik J. New tool for patient evaluation of nurse practitioner in primary care settings. *J Clin Nurs.* 2014;23:1323-31. doi: 10.1111/jocn.12377.
21. Makivič I, Kersnik J, Klemenc-Ketis Z. The Role of the Psychosocial Dimension in the Improvement of Quality of Care: A Systematic Review. *Zdr Varst.* 2016;55:86-95. doi: 10.1515/sjph-2016-0004. ■

<sup>1</sup> All references were accessed 9 November 2018.

## ПРИМЕР ИЗ ПРАКТИКИ И ИЗВЛЕЧЕННЫЕ УРОКИ

### Модернизация модели оказания помощи на уровне семейной медицины: пример Словении

Antonija Poplas Susič<sup>1</sup>, Igor Švab<sup>2</sup>, Zalika Klemenc-Ketiš<sup>1,2,3</sup>

<sup>1</sup> Районный центр медицинской помощи Любляны, Любляна, Словения

<sup>2</sup> Кафедра семейной медицины, медицинский факультет, Университет Любляны, Любляна, Словения

<sup>3</sup> Кафедра семейной медицины, медицинский факультет, Мариборский университет, Марибор, Словения

Автор, отвечающий за переписку: Zalika Klemenc Ketiš (адрес электронной почты: zalika.klemenc@um.si)

### АННОТАЦИЯ

**Введение.** С учетом стремительного развития медицины, демографических изменений, расширения спектра услуг и необходимости предоставления пациентам междисциплинарного подхода (с привлечением специалистов из других областей, таких как сестринское дело) требуются новые модели оказания помощи на уровне семейной медицины. По этой причине потребовались изменения, которые позволили бы семейным врачам в Словении реализовать персонализированный, комплексный и целостный подход.

Цель этой статьи состоит в том, чтобы описать новую модель оказания помощи на уровне семейной медицины в Словении и рассказать о первых результатах ее внедрения.

**Методы.** В 2011 г. в Словении на уровне первичной медико-санитарной помощи началась реализация проекта, в рамках которого была внедрена модернизированная модель оказания помощи на уровне семейной медицины, позволившая расширить медицинскую бригаду семейной практики за счет включения в нее зарегистрированной медицинской сестры, работающей четыре часа в день или в течение иного времени, эквивалентного 0,5 ставки. Задачей медицинских сестер было ведение пациентов со стабильными хроническими заболеваниями и осуществление профилактических мероприятий.

**Результаты.** К концу 2017 г. 775 из 968 клиник семейной медицины в Словении внедрила модернизированную модель оказания помощи. За этими клиниками официально закреплены 1 252 889 пациентов, что составляет 83,5% из 1 500 419 пациентов, в целом закрепленных за клиниками

семейной медицины в Словении. В период с 2011 по 2017 гг. скрининг на отдельные хронические заболевания и факторы риска прошли 428 191 пациент. В ходе профилактического скрининга у 108 546 пациентов было впервые выявлено как минимум одно хроническое заболевание и у 293 170 пациентов была выявлена подверженность факторам риска. У 349 402 пациентов уже было диагностировано не менее одного хронического заболевания, что обусловило их включение в соответствующие регистры в качестве пациентов с хроническими заболеваниями.

**Выводы.** Этот проект имеет значительный потенциал с позиций общественного здравоохранения. Он обеспечивает доступ к объективным и регулярно обновляемым данным о распространенности и частоте случаев хронических заболеваний, а также о подверженности населения Словении факторам риска. Эти данные могут лечь в основу мероприятий общественного здравоохранения, а также планирования политики общественного здравоохранения на национальном уровне, что приведет к улучшению состояния здоровья населения. На уровне первичной медико-санитарной помощи этот проект предполагает более высокое качество оказания медицинских услуг и постоянное повышение их качества. Он также позволяет обеспечить соответствие оказанной помощи одним и тем же стандартам, что является шагом вперед на пути к обеспечению равенства в области оказания медико-санитарной помощи. Благодаря этому проекту первичная медико-санитарная помощь в Словении была и может и далее быть усилена и выведена на ведущие позиции в рамках системы здравоохранения.

**Ключевые слова:** ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ, МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ БРИГАДЫ, ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, УХОД ЗА ПАЦИЕНТОМ

## ВВЕДЕНИЕ

В 2008 г. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) выпустила доклад (1), содержащий обращение к правительствам с призывом уделять более пристальное внимание вопросам первичной медико-санитарной помощи и направлять политику в области здравоохранения таким образом, чтобы обеспечить максимально возможную эффективность и доступность первичной медико-санитарной помощи (2). Некоторые из стран успешно привели этот призыв в действие, преодолевая проблему фрагментированности медико-санитарной помощи и отсутствия ее ориентации на пациента (3). В Словении организация деятельности и оказание услуг в рамках системы медико-санитарной помощи опираются на взгляды Андрии Штампара (4), идейного вдохновителя первичной медико-санитарной помощи, ориентированной на потребности сообществ. Тем не менее первичная медико-санитарная помощь продолжает утрачивать свою важную роль в рамках системы медико-санитарной помощи, невзирая на то, что семейная медицина, в частности, получила значительное развитие в последние годы (5–8).

Словения – это центрально-европейская страна с населением примерно 2 миллиона человек. Национальную систему здравоохранения можно описать как сочетание моделей Бевериджа и Бисмарка. Каждый житель Словении застрахован в соответствии со статусом трудоустройства или, если является безработным, на уровне местного сообщества. Обязательное медицинское страхование покрывает более 80% расходов на получение медицинской помощи. Приобретение полиса добровольного медицинского страхования позволяет покрыть основные расходы, связанные с предоставлением застрахованному лицу медицинской помощи сверх базового пакета. Обязанностью государства является формирование сети учреждений медико-санитарной помощи, в состав которой входят государственные центры первичной медико-санитарной помощи, семейные врачи и стоматологи как независимые поставщики услуг, аптеки, службы специализированной помощи и государственные больницы.

Традиционно бригада семейного врача в Словении включает семейного врача и медсестру, имеющую степень бакалавра, или младшую медсестру. Такая бригада либо работает в медицинском центре бок о бок с другими бригадами семейных врачей или иными врачами-специалистами, либо выступает в качестве независимого поставщика услуг (7). Семейные врачи в Словении могут выбирать, работать им в качестве бюджетных работников с Национальной

страховой компанией или в качестве независимых поставщиков услуг, и большинство из них выбирает работу в бюджетных учреждениях. Финансирование семейных врачей – как бюджетных работников, так и независимых поставщиков услуг – происходит посредством Национальной страховой компании.

В практике семейной медицины в Словении реализуются компетенции общеевропейской семейной медицины (9) и работа с пациентами осуществляется с использованием персонализированного и комплексного подхода к оказанию услуг медицинской помощи. Тем не менее необходимы модернизированные модели оказания помощи ввиду стремительного развития медицины, в частности внедрения новых технологий и появления новых видов исследований; в силу демографических изменений, расширения спектра услуг первичной медико-санитарной помощи при сокращении сроков госпитализации, оказании более трудоемкой паллиативной помощи, а также помощи пациентам с мультиморбидностью; с учетом растущих ожиданий пациентов и увеличения числа пациентов, приходящихся на одного врача; а также ввиду необходимости применять междисциплинарный подход (с более широким привлечением специалистов из других областей, таких как сестринское дело) в работе с пациентами.

Эта статья призвана описать модернизированную модель оказания помощи на уровне семейной медицины, внедренную в Словении при поддержке Министерства здравоохранения, а также первые результаты ее внедрения. Модернизируя бригады врачей семейной практики, мы стремились добиться стандартизированного подхода к обеспечению качества и совершенствованию дальнейшей работы, повысить качество оказываемой помощи, создать возможности для реализации междисциплинарного, стандартизированного и персонализированного подхода в работе с пациентами, а также содействовать разделению рабочей нагрузки между всеми членами бригады в соответствии с их компетенциями.

## МЕТОДЫ

### ИЗМЕНЕНИЯ В БРИГАДАХ СЕМЕЙНОЙ ПРАКТИКИ

В 2011 г. в Словении на уровне первичной медико-санитарной помощи началась реализация проекта, в рамках которого была внедрена модернизированная модель оказания помощи на уровне семейной медицины, позволившая расширить медицинскую бригаду семейной практики



за счет включения в нее зарегистрированной медсестры, работающей четыре часа в день или в течение иного времени, эквивалентного 0,5 ставки (10). Зарегистрированные медицинские сестры – это медсестры, имеющие степень бакалавра и прошедшие дополнительную последи дипломную профессиональную подготовку, которые могут выполнять более широкий круг профессиональных обязанностей в рамках конкретных медицинских учреждений, включая скрининг, проверку показателей, просвещение и консультирование в отношении состояния здоровья (11). Перед зарегистрированными медицинскими сестрами была поставлена задача ведения пациентов со стабильными хроническими заболеваниями и осуществления профилактических мероприятий, а задачей семейных врачей было ведение пациентов с впервые выявленными хроническими заболеваниями или заболеваниями в стадии ухудшения и пациентов с заболеваниями в острой форме.

## МАСШТАБНЫЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ

Среди лиц в возрасте от 30 лет и старше (за исключением лиц с остеопорозом в возрасте старше 60 лет) внедрено проведение профилактического скрининга на наиболее распространенные хронические неинфекционные заболевания, включая сахарный диабет, хроническую обструктивную болезнь легких, астму, гипертензию, депрессию, ишемическую болезнь сердца, сердечно-сосудистые заболевания и остеопороз, а также на подверженность факторам риска таким как курение, употребление алкоголя, индекс массы тела, привычки питания, социальное положение и наследственность.

## ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Зарегистрированные медсестры взяли на себя ведение пациентов со следующими хроническими заболеваниями: гипертензия, сахарный диабет, астма, хроническая обструктивная болезнь легких, остеопороз, депрессия, доброкачественная гиперплазия предстательной железы и ишемическая болезнь сердца.

Одной из их первых задач стало создание регистров хронических больных. С целью обеспечить качественное ведение пациентов междисциплинарными группами, включающими различных специалистов, таких как специалисты в области семейной медицины, медицинские сестры, специалисты в области кардиологии, пульмонологии или лечения сахарного диабета, к которым пациентов направляют в соответствии с их хроническим заболеванием, были разработаны протоколы ведения пациентов

с отдельными хроническими заболеваниями. Протоколы служат отражением взаимосвязи и взаимодействия между различными уровнями медико-санитарной помощи, начиная от первичной и заканчивая вторичной и третичной (12). Эти протоколы содержат методические указания для бригад первичной медико-санитарной помощи в части лечения и организационных аспектов практики. Большое внимание уделяется поддержке самоконтроля со стороны пациентов, поскольку это необходимо для того, чтобы медицинская помощь оказывалась не только в кабинете врача, но и в повседневной жизни пациента. Протоколы включают в себя протоколы ведения пациента с целью обеспечить эффективное и результативное перемещение пациента в рамках системы медико-санитарной помощи. Они содержат следующие четко определенные составляющие:

- протокол проведения индивидуальной консультации с пациентом;
- критерии для ведения пациента со стабильным хроническим заболеванием;
- частота запланированных посещений;
- способы коммуникации;
- критерии, позволяющие определить критические ситуации;
- предпринимаемые на уровне первичной медико-санитарной помощи меры по направлению пациента в отделение неотложной помощи;
- показания к направлению пациента на уровень вторичной/третичной медико-санитарной помощи;
- пути ведения нестабильных заболеваний на уровне первичной медико-санитарной помощи;
- каналы коммуникации между семейным врачом и пациентом;
- показатели качества для пациентов с хроническими заболеваниями;
- инструкции врачей в отношении деятельности зарегистрированных медсестер (12).

## ОБЕСПЕЧЕНИЕ КАЧЕСТВА И ЕГО ПОВЫШЕНИЕ

Обеспечение качества предполагает следующие составляющие: регистры пациентов с хроническими заболеваниями и пациентов с факторами риска, протоколы по ведению различных групп пациентов, показатели качества и непрерывное обучение.

## РЕГИСТРЫ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ПАЦИЕНТОВ С ФАКТОРАМИ РИСКА

Каждая клиника семейной медицины формирует регистры пациентов со следующими хроническими заболеваниями: сахарный диабет, астма, хроническая обструктивная болезнь легких, гипертензия, доброкачественная гиперплазия предстательной железы, депрессия, ишемическая болезнь сердца, остеопороз, курение и избыточное употребление алкоголя. На уровне семейной медицины регистр содержит информацию о гендерной принадлежности пациента, его возрасте, назначенных лекарствах и клинических показателях (артериальное давление и уровень глюкозы в крови). Цифровые данные семейной медицины хранятся в электронных историях болезни, а затем учитываются национальной базой данных. На общенациональном уровне в отчетность включается лишь небольшое число пациентов с определенными хроническими заболеваниями.

## ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА

Качество медико-санитарной помощи оценивается по 28 показателям, которые охватывают качество клинической работы, качество профилактических мероприятий и качество организации работы врачей и медсестер. Они призваны дать всестороннее представление о качестве, поскольку относятся ко всем трем категориям показателей: структуре, процессу и результатам. Кроме того, ежегодно оценивается удовлетворенность пациентов и персонала. Параметры для показателей качества автоматически собираются из электронных историй болезни клиники и электронной базы данных на национальном уровне. Каждая бригада семейной практики имеет доступ к данным о собственных пациентах и может сопоставить свою работу с работой других аналогичных бригад.

## ОБУЧЕНИЕ

Важной составляющей обеспечения качества является надлежащее и непрерывное обучение. Прежде чем клиника семейной медицины сможет подключиться к проекту, весь коллектив обязательно изучает образовательный модуль, в котором отражены проект, работа, компетенции и информационные технологии. Зарегистрированные медицинские сестры должны затем пройти несколько образовательных модулей, чтобы приобрести навыки, необходимые для работы в составе бригады семейной практики.

Непрерывное профессиональное развитие бригад семейной практики обеспечивается путем проведения ежегодной профессиональной конференции, организуемой

Словенским обществом семейной медицины и кафедрой семейной медицины медицинского факультета Университета Любляны.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

### ЧИСЛО ПРАКТИК И ПАЦИЕНТОВ

К концу 2017 г. 775 из 968 семейных практик в Словении внедрили модернизированную модель оказания помощи. За этими 775 клиниками официально закреплены 1 252 889 пациентов, что составляет 83,5% из 1 500 419 пациентов, в целом закрепленных за клиниками семейной медицины в Словении.

### ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ

В период с 2011 по 2017 гг. 428 191 пациент прошел скрининг на отдельные хронические заболевания и факторы риска. В ходе профилактического скрининга у 108 546 пациентов было впервые выявлено как минимум одно хроническое заболевание и у 293 170 пациентов была выявлена подверженность факторам риска (табл. 1).

**ТАБЛИЦА 1. ЧИСЛО ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ФАКТОРАМИ РИСКА, ВЫЯВЛЕННЫХ В ХОДЕ СКРИНИНГА В 2011–2017 ГГ.**

Состояние	Число пациентов
Факторы риска	293 170
Хронические заболевания <sup>а</sup>	108 546
Астма	3240
Хроническая обструктивная болезнь легких	5786
Сахарный диабет	21 460
Гипертензия	44 808
Депрессия	12 234
Сердечно-сосудистые заболевания	12 309
Ишемическая болезнь сердца	2449
Остеопороз	8264

<sup>а</sup> Общее число хронических заболеваний не равно сумме отдельных заболеваний, поскольку у одного и того же пациента может наблюдаться более одного хронического заболевания.

### ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

К концу 2017 г. 349 402 пациента было включено в регистры в качестве имеющих не менее одного из выбранных хронических заболеваний. У большинства пациентов наблюдалась гипертензия (табл. 2).

**ТАБЛИЦА 2. ЧИСЛО ПАЦИЕНТОВ С ОТДЕЛЬНЫМИ ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ КЛИНИКАМИ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ, ВНЕДРИВШИМИ МОДЕРНИЗИРОВАННУЮ МОДЕЛЬ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ**

Хроническое заболевание	Число пациентов
Сахарный диабет	72 449
Астма	31 426
Хроническая обструктивная болезнь легких	15 126
Гипертензия	252 189
Доброкачественная гиперплазия предстательной железы	42 471
Депрессия	51 504
Ишемическая болезнь сердца	31 481
Остеопороз	96 684

## ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА

Все эти годы удовлетворенность пациентов работой семейных врачей была очень высокой. Удовлетворенность работой зарегистрированных медсестер была ниже в первый год, но в последующие годы стабилизировалась на очень высоком уровне. Более всего пациенты были удовлетворены профессионализмом, отношением и соблюдением принципов этики со стороны врачей, а менее всего – возможностью связаться с клиникой по телефону (телефонные линии были почти все время заняты) и временем ожидания. Применительно к зарегистрированным медсестрам пациенты были более всего удовлетворены комплексным подходом в случаях привлечения различных специалистов, а также коммуникацией и менее всего – отсутствием персонализированного подхода (т. е. ориентацией в первую очередь на болезнь, а не на человека). Удовлетворенность персонала клиник с годами возрастала. Более всего сотрудники были удовлетворены работой в команде и менее всего – возможностью их замены в их отсутствие.

Шкала удовлетворенности пациентов за 2016 г. отразила высокую удовлетворенность созданием атмосферы конфиденциальности, равенства и уважения со стороны персонала клиник. Гибкость системы записи к врачу получила наиболее низкую оценку (табл. 3) (13).

**ТАБЛИЦА 3. УРОВЕНЬ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ (ПО КАЖДОМУ ИЗ ПУНКТОВ МОЖНО ВЫСТАВИТЬ ОЦЕНКУ ПО 5-БАЛЛЬНОЙ ШКАЛЕ ЛИКЕРТА – ОТ 1 ДО 5)**

Показатель	Среднее (стандартное отклонение)
Система записи в этой клинике является гибкой.	4,7 (0,6)
В ходе консультации члены бригады предоставили мне достаточно информации о самоконтроле.	4,8 (0,5)
В ходе консультации члены бригады предоставили мне доступную информацию о состоянии моего здоровья и планируемом лечении.	4,8 (0,5)
В ходе консультации у меня была возможность озвучить членам бригады мои ожидания в отношении плана лечения.	4,8 (0,5)
В этой клинике всеми пациентами в равной степени занимаются все члены бригады.	4,9 (0,5)
Каждый из членов бригады в этой клинике хорошо знает свою роль.	4,8 (0,5)
Члены бригады в этой клинике уважительно относятся друг к другу.	4,8 (0,4)
В этой клинике соблюдается конфиденциальность моих данных.	4,9 (0,4)
В этой клинике все члены бригады уважительно обращаются со всеми пациентами.	4,9 (0,4)

Показатели качества применительно к структуре достигли стандартов качества, а применительно к процессу и результатам – нет. Кроме того, наблюдались существенные различия в показателях качества между отдельными клиниками, медицинскими центрами и регионами Словении.

## ОБСУЖДЕНИЕ

Проект по внедрению модернизированной модели оказания помощи пациентам на уровне семейной медицины в Словении был успешно реализован. Ожидается, что к концу 2018 г. эта модель оказания помощи будет внедрена всеми клиниками семейной медицины в Словении. Первые попытки анализа показали, что определенные сегменты качества, включая показатели качества структуры и удовлетворенности пациентов и персонала, достигли очень высоких значений, однако были и показатели качества, не достигшие удовлетворительного уровня.

В настоящее время четыре пятых всех клиник семейной медицины в Словении внедрили новую модель оказания помощи, что свидетельствует о высоком уровне признания этой модели бригадами семейной практики. С включением зарегистрированной медсестры в состав бригады семейной практики избыточная рабочая нагрузка (14, 15) может быть успешно распределена между врачами и зарегистрированными медсестрами, высвободив таким образом время для консультаций и способствуя более персонализированному подходу. Кроме того, обеспечивается возможность междисциплинарного подхода в работе с пациентами. Было показано, что зарегистрированные медсестры могут добиваться тех же показателей здоровья, что и сами семейные врачи (16, 17). Зачастую они обладают более развитыми навыками межличностного общения (18) и способны обеспечить высокую удовлетворенность пациентов (19, 20). Таким образом, то, что зарегистрированные медсестры берут на себя задачу проверки жизненных показателей у хронических пациентов и осуществление профилактических мероприятий, не только обосновано, но и доказывает успешность такого подхода в рамках других исследований (16, 17). Протоколы ведения пациентов с хроническими заболеваниями разработаны таким образом, чтобы обеспечить персонализированный подход в работе с пациентами. Большое внимание уделяется важности подключения пациента к принятию решений в отношении здоровья. Ведение отдельного пациента ориентировано на его потребности и приоритеты. Значительное время уделяется эффективной коммуникации, цель которой состоит в том, чтобы наделить пациента правами и возможностями участия в процессе оказания медико-санитарной помощи. Просвещение в отношении здоровья носит индивидуализированный характер с учетом возможностей, приоритетов и мотивации пациента (21).

Регистры пациентов с факторами риска и хроническими заболеваниями представляют собой шаг вперед в работе на уровне первичной медико-санитарной помощи. Они дают возможность получить более полное представление о прикрепленном населении и его потребностях в медико-санитарной помощи и обеспечивают более структурированный, персонализированный и популяционный подход в работе.

Показатели качества применительно к структуре достигли высокого уровня, что свидетельствует об успешном создании условий для измерения качества. Кроме того, высокий уровень удовлетворенности пациентов показывает, что новая форма оказания помощи на уровне семейной медицины хорошо воспринята пациентами. С другой

стороны, показатели применительно к процессу и результатам не отвечают стандартам, и это может быть вызвано несколькими причинами, включая отсутствие контроля качества и его повышения, недостаточное соблюдение методических указаний и протоколов, несовершенство показателей качества и неоптимальную информационную поддержку.

Этот проект обладает значительным потенциалом с позиций общественного здравоохранения. Он обеспечивает наличие объективных и регулярно обновляемых данных в отношении распространенности и частоты случаев хронических заболеваний и подверженности факторам риска среди жителей Словении. Эти данные могут лечь в основу действий в области общественного здравоохранения и послужить материалом для планирования политики общественного здравоохранения на общенациональном уровне, что может способствовать улучшению здоровья населения. На уровне первичной медико-санитарной помощи этот проект обеспечивает более высокий уровень качества помощи и постоянное повышение качества. Он также позволяет обеспечить соблюдение одних и тех же стандартов оказания помощи по всей стране, что является шагом на пути к более справедливому оказанию медико-санитарной помощи. Благодаря этому проекту первичная медико-санитарная помощь в Словении может быть усовершенствована и обрести ведущую роль в рамках системы медико-санитарной помощи.

По мере того как происходит внедрение этой модели, мы осознаем целый ряд вызовов, возможных в будущем. Внедрение этой модели всеми без исключения клиниками семейной медицины в Словении будет важным шагом на пути совершенствования первичной медико-санитарной помощи в Словении. В планах внедрение в практику семейной медицины других специализированных профилей, таких как клинические фармацевты, диетологи, физиотерапевты и др. Еще одним вызовом является необходимость добиться непрерывного профессионального мониторинга качества, что потребует увеличения кадрового состава, финансовых ресурсов и инфраструктуры, а также необходимость обеспечения постоянной обратной связи с отдельными бригадами семейной практики с целью озвучить предложения по повышению качества.

Совершенствование первичной медико-санитарной помощи требует долгосрочных изменений. Такие изменения обеспечиваются этой модернизированной моделью, потенциально позволяющей улучшить показатели здоровья в Словении. Она также позволяет получить



представление о будущих моделях оказания первичной медико-санитарной помощи, которая, возможно, будет носить междисциплинарный характер. Реализация такого подхода требует скоординированного планирования, в котором должны участвовать специалисты всех уровней здравоохранения и соответствующих профессиональных групп, представители Министерства здравоохранения и иные ответственные должностные лица, а также пациенты. Еще до начала реализации проекта зарегистрированным медицинским сестрам необходимо пройти обучение в отношении особенностей нового подхода и их новых обязанностей, таких как профилактическая работа и ведение пациентов с факторами риска и хроническими заболеваниями. Специфику нового подхода необходимо разъяснить всей бригаде семейной медицины в целом. Следует разработать осуществимые стандартизированные руководства по ведению пациентов на всех уровнях медико-санитарной помощи. Компетенции и обязанности бригады семейной практики должны быть четко определены. Такой реализуемый на постоянной основе проект требует непрерывной и гибкой адаптации к реалиям существующей в стране системы медико-санитарной помощи. Кроме того, необходимо постоянное обновление протоколов с целью включения новых знаний, являющихся результатом профессионального развития специалистов.

**Выражение признательности:** отсутствует.

**Источники финансирования:** отсутствуют.

**Конфликт интересов:** не заявлен.

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

## БИБЛИОГРАФИЯ<sup>1</sup>

1. Первичная медико-санитарная помощь – сегодня актуальнее, чем когда-либо. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2008 ([http://www.who.int/whr/2008/whr08\\_ru.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2008/whr08_ru.pdf?ua=1)).
2. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005;83:457-502 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690145/>).
3. Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy.* 2002;60:201-18 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11965331>).
4. Stampar A. On health politics. 1919. *Am J Public Health.* 2006;96:1382-5 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1522119/>).
5. Bulc M, Svab I, Pavlic DR, Kolsek M. Specialist training of Slovene family physicians. *Eur J Gen Pract.* 2006;12:128-32. doi: 10.1080/13814780600780759.
6. Seifert B, Svab I, Madis T, Kersnik J, Windak A, Steflava A, et al. Perspectives of family medicine in Central and Eastern Europe. *Fam Pract.* 2008;25:113-8. doi: 10.1093/fampra/cm009.
7. Oleszczyk M, Svab I, Seifert B, Krztoń-Królewiecka A, Windak A. Family medicine in post-communist Europe needs a boost. Exploring the position of family medicine in healthcare systems of Central and Eastern Europe and Russia. *BMC Family Practice.* 2012;13:15. doi: 10.1186/1471-2296-13-15.
8. Kringos D, Boerma W, Bourgueil Y, Cartier T, Dedeu T, Hasvold T, et al. The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *Br J Gen Pract.* 2013;63:e742-e50. doi: 10.3399/bjgp13X674422.
9. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. The European definitions of the key features of the discipline of general practice: the role of the GP and core competencies. *Br J Gen Pract.* 2002;52:526-7 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1314348/pdf/12051237.pdf>).
10. Poplas-Susic T, Svab I, Kersnik J. The project of model practices in family medicine in Slovenia. *Zdrav Vestn.* 2013;82:635-47 (<https://vestnik.szd.si/index.php/ZdravVest/article/view/954>).
11. Reay T, Golden-Biddle K, Germann K. Challenges and leadership strategies for managers of nurse practitioners. *J Nurs Manag.* 2003;11:396-403 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14641721>).
12. Vodopivec-Jamsek V. The protocol of chronic patient management in a family medicine practice. *Zdrav Vestn.* 2013;82:711-7 (<https://vestnik.szd.si/index.php/ZdravVest/article/view/980>).
13. Klemenc-Ketis Z, Makivic I, Poplas Susic A. The development and validation of a new interprofessional team approach evaluation scale. *PLoS One.* 2018;13:e0201385. doi: 10.1371/journal.pone.0201385.
14. Petek Ster M, Svab I, Zivcec Kalan G. Factors related to consultation time: experience in Slovenia. *Scand J Prim Health Care.* 2008;26:29-34. doi: 10.1080/02813430701760789.
15. Živčec Kalan G, Petek Ster M, Kersnik J. Determinants of family physicians' workload. *Zdrav Vestn.* 2012;81:461-9 (<http://vestnik.szd.si/index.php/ZdravVest/article/viewFile/582/467>).

<sup>1</sup> Все ссылки приводятся по состоянию на 9 ноября 2018 г.



16. Dierick-van Daele AT, Metsemakers JF, Derckx EW, Spreeuwenberg C, Vrijhoef HJ. Nurse practitioners substituting for general practitioners: randomized controlled trial. *J Adv Nurs*. 2009;65:391-401. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04888.x.
17. Voogdt-Pruis HR, Beusmans GH, Gorgels AP, Kester AD, Van Ree JW. Effectiveness of nurse-delivered cardiovascular risk management in primary care: a randomised trial. *Br J Gen Pract*. 2010;60:40-6. doi: 10.3399/bjgp10X482095.
18. Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equal care to doctors. *Br Med J*. 2002;324:819-23 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC100791/pdf/819.pdf>).
19. DiCenso A, Bourgeault I, Abelson J, Martin-Misener R, Kaasalainen S, Carter N, et al. Utilization of nurse practitioners to increase patient access to primary health care in Canada - thinking outside the box. *Nurs Leadersh*. 2010;23:239-59 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21478696>).
20. Klemenc-Ketis Z, Kravos A, Poplas-Susič T, Svab I, Kersnik J. New tool for patient evaluation of nurse practitioner in primary care settings. *J Clin Nurs*. 2014;23:1323-31. doi: 10.1111/jocn.12377.
21. Makivič I, Kersnik J, Klemenc-Ketis Z. The Role of the Psychosocial Dimension in the Improvement of Quality of Care: A Systematic Review. *Zdr Varst*. 2016;55:86-95. doi: 10.1515/sjph-2016-0004. ■

## CASE STUDY AND LESSONS LEARNT

### Tailoring communication training for health care providers: a case study in translating research into practice

Brett J Craig<sup>1</sup>, Aizhan Kapysheva<sup>2</sup>

<sup>1</sup> School of Arts and Sciences, St. Louis College of Pharmacy, St. Louis, United States of America

<sup>2</sup> School of International and Public Affairs, Columbia University, New York, United States of America

Corresponding author: Brett J Craig (email: Brett.Craig@stlcop.edu)

## ABSTRACT

**Background:** Patient dissatisfaction and distrust in primary health care can negatively affect relations between patients and primary health care providers, which in turn affects health outcomes. Communication training for providers can be effective at improving provider–patient relations and improving health. However, gaining provider commitment to improving communication can be challenging, especially when the training content and approach are standardized and not tailored to the needs of providers and the local and contextual factors they face.

**Methods:** Through a needs assessment of both patients and providers, as well as continuous feedback throughout a communication training course for providers in Kazakhstan, tailored communication training materials were

developed that increased people-centredness in and addressed the specific needs of primary health care providers.

**Results:** Through (i) demonstrating to providers that their specific needs had been incorporated into the training course and (ii) framing the communication skills as tailored solutions to the challenges they face in treating patients in primary health care, communication training successfully overcame resistance in providers and increased their commitment to improve communication.

**Conclusion:** Once provider resistance is overcome, communication skills can be learned more effectively and are more likely to be put into practice.

**Keywords:** PROVIDER–PATIENT COMMUNICATION, BEHAVIOUR CHANGE, TRUST, COMMUNICATION TRAINING, KAZAKHSTAN

## BACKGROUND

Transitioning to a primary health care model requires changes to patient behaviour related to accessing care, acquiring health information and making informed health decisions outside the health system. Likewise, changes in primary health care providers are needed to support patients with new behaviours, knowledge and motivation through putting people at the centre of care. A shift towards people-centred care, including engaging patients and their families, carers and extended support groups (1), requires a shift in the relationship between the provider and the patient. How this shift is established depends on the ability of providers within the health system to effectively communicate their new roles, responsibilities and expectations. Communication that establishes a relationship of trust improves patient satisfaction, service utilization,

adherence to treatment and changes in health behaviours, which in turn improve health outcomes (2–5).

Communication skills can be learned by health care providers (6–9), but to become people-centred in a way that fosters relationships of trust, leading to improved health outcomes, requires more than simply disseminating skills or best practices (10). First, providers must be persuaded of the benefits of improving their communication skills. This is accomplished by addressing the barriers to constructive provider–patient communication (both real and perceived), and by demonstrating that patient behaviours are largely the outcomes of the provider’s communication practices. In short, the same communication principles generally taught to providers on building trust and improving treatment adherence should be used to design a training course to reduce provider resistance and improve skills.

## METHODS AND RESULTS

This case study highlights efforts made in Kazakhstan, with the support of the WHO European Centre for Primary Health Care and the cooperation of the Ministry of Health of Kazakhstan, to design and deliver a tailored communication skills training course for primary health care providers. The aim was to encourage a shift towards people-centredness and effective counselling for health behaviour change. However, to make such training effective, the contextual nature of existing provider–patient relationships and the barriers to increasing trust and collaboration between providers and patients were first examined. The project stages and timeline were as follows:

- Stage 1: assessment of patient needs and satisfaction in pilot provinces (May 2015);
- Stage 2: assessment of provider needs in pilot provinces (December 2015);
- Stage 3: pilot training session for selected providers (March 2016);
- Stage 4: revised training sessions with larger groups of providers in both pilot provinces (June 2016);
- Stage 5: follow-up visits to medical facilities in pilot provinces for observation and supportive supervision (January 2017); and
- Stage 6: training sessions in rural medical facilities to strengthen communication skills and provide new training materials (May 2017).

Each stage of this project informed the next stage, and the case study follows this sequence. Firstly, the process of assessing the needs of both patients and providers is explained. Next, the design and implementation of the training course (including assessing the perspectives and challenges of both parties) and the feedback loops to improve the training materials are explained. Finally, the outcomes of the training sessions are described, along with the lessons learned from these efforts and a general discussion of the role that communication training for providers can continue to have in strengthening primary health care.

### STAGE 1: ASSESSMENT OF PATIENT NEEDS AND SATISFACTION

In collaboration with United Nations agencies and as part of an effort to improve health outcomes, the WHO Regional

Office for Europe conducted a rapid assessment of the health systems in two pilot provinces of Kazakhstan: Mangystau and Kyzylorda. The assessment determined that increasing patient engagement as well as integrating the role of patients into health care policies would strengthen primary health care and lead to improved health outcomes for patients. As a result, WHO proposed an investigation of patient perspectives to develop strategies to improve patient engagement.

A total of 14 focus groups involving patients across the two provinces were conducted in private rooms within the polyclinics (Table 1). To prevent bias or coercion in patient feedback, respectively, participants were recruited from those patients attending the polyclinics on those days and the presence of health care staff was not permitted. Focus group discussions were recorded and transcribed, and the texts were analysed and encoded for themes related to patient perspectives and satisfaction (Table 2).

### RESULTS

Among the patient perspectives of their experiences with the health system was dissatisfaction with provider–patient interactions in primary health care, primarily due to provider behaviours. Although a few institutional factors (such as condition of the facilities or staffing levels) influenced patient satisfaction, it was apparent that a significant improvement could be made by focusing on the communication skills of providers. Dissatisfaction and distrust in patients negatively affect service utilization, information disclosure, treatment adherence and health behaviour change (2, 4). The overwhelming majority of patient complaints registered in Kazakhstan relate to dissatisfaction with how their needs were addressed by medical personnel (11). Such dissatisfaction affects not only patient attitudes towards the health system but also their health outcomes. Good relationships with health care providers are highly important to patients in Kazakhstan (12), but patient expectations and provider behaviour were not conducive to building relationships of trust. Patients tend to perceive their health determinants to relate to uncontrollable factors such as ethnicity (13) or to provider intervention and not to their own health choices and lifestyles (14). To address these misconceptions, communication training for providers was determined to be an effective intervention to not only improve routine provider–patient interactions but also address the other factors identified in the patient survey. Other expected outcomes for patients were increased trust in the health system and a greater understanding that they can improve their health by lifestyle changes.

TABLE 1. DEMOGRAPHIC INFORMATION ON PATIENTS PARTICIPATING IN FOCUS GROUPS

Province	Participants	Sex	Ethnicity	Age (years)	Facilities
Mangystau	9.2 per group (55 in total), six groups	M: 20 (36.4%); F: 35 (63.6%)	Kazakh: 51 (93%); Russian: 4 (7%)	50.1 (19–78)	City Polyclinic No. 2, Aktau city Rural General Practitioner Center, Akshukur village Rayon Polyclinic, Fort Shevchenko Rayon Hospital, Fort Shevchenko Oblast Hospital, Aktau city City Polyclinic No. 1, Aktau city
Kyzylorda	8.4 per group (67 in total), eight groups	M: 26 (39%); F: 41 (61%)	Kazakh: 62 (92%); Russian: 5 (8%)	56.7 (35–79)	Polyclinic No. 1, Kyzylorda Polyclinic No. 2, Kyzylorda Polyclinic No. 3, Kyzylorda Polyclinic No. 6, Kyzylorda Hospital, Kyzylorda Hospital, Shagansk Polyclinic/outpatient clinic, Terenozek Polyclinic, Shagansk

F: female; M: male.

TABLE 2. SUMMARY OF PATIENT PERSPECTIVES GIVEN IN FOCUS GROUPS

Discussion topic	Category	Codes
Navigating the health care system	Access (quality)	Corruption Price Private
	Access (timely)	Facilities (distance) Queues Staffing Severity of health condition
Health care provider interactions	Attitude of provider	Explains everything Gives personal attention Listens carefully Respectful Supportive (kind)
	Attributes of provider	Able to cure Continued learning Familiarity Formal education
Treatment adherence	External factors	Dependence Environment Faith Powerlessness
	Internal factors	Cultural identity Lifestyle (diet & physical activity) Self-efficacy

## STAGE 2: ASSESSMENT OF PROVIDER NEEDS

In this stage, a total of 10 focus groups were held with general practitioners or nurses (Table 3). To eliminate the potential for coercion, managers and administration was not permitted to attend. As in Stage 1, focus group discussions were recorded and

transcribed for analysis. This assessment provided information on the perspectives of primary health care providers towards patient communication and systemic challenges (Table 4), as well as demonstrating to providers that their perspectives and challenges were not being ignored.

**TABLE 3. DEMOGRAPHIC INFORMATION ON PROVIDERS PARTICIPATING IN FOCUS GROUPS**

Province	Participants	Sex	Profession	Age (years)	Facilities
Mangystau	7 per group (28 total), four groups	M: 0 (0%); F: 28 (100%)	Doctors: 12 (two focus groups); Nurses: 16 (two focus groups)	Doctors: 40.6 (26–54); Nurses: 44.8 (24–55)	City Polyclinic No. 2, Aktau city
					Rayon Polyclinic, Fort Shevchenko
Kyzylorda	13.7 per group (82 total), six groups	M: 6 (7.3%); F: 76 (92.7%)	Doctors, 38 (three focus groups); Nurses, 44 (three focus groups)	Doctors: 38.3 (25–66); Nurses: 36.9 (23–55)	Polyclinic No. 1, Kyzylorda
					Polyclinic No. 3, Kyzylorda
					Rayon Polyclinic, Kyzylorda

F: female; M: male.

**TABLE 4. SUMMARY OF PROVIDER PERSPECTIVES GIVEN IN FOCUS GROUPS**

Discussion Topic	Category	Issues
Constraints of the health system	Work conditions	Paid vs free
	Policies	Paperwork Resources Support Workload
Communicating with patients	Provider behaviours	Expertise Positive reinforcement Rapport Trust
	Patient behaviours	Attention-seeking Demanding Disrespect
Treatment adherence	Barriers reported by patients	Kazakh identity Self-efficacy
	Barriers reported by providers	Economic status Perceived severity Personal responsibility Preventive mindset

## RESULTS

The perspectives of providers could be categorized into three main areas: (i) the constraints in performing their work caused by the health care system; (ii) how they view communication between themselves and their patients; (iii) and their perspectives and experiences about patient adherence to treatment.

Regarding systemic constraints, the providers said that large amounts of paperwork and limited resources that made it difficult to perform their jobs and that health care policies were negatively affecting patient behaviours. As for communicating with patients, the providers focused on their own communication behaviours, which they believed helped them in dealing with patients, and on patient communication



behaviours, which they thought hindered positive interactions. Lastly, provider reports on patient adherence to treatment could be categorized into two main areas: barriers to treatment adherence as reported by patients to providers; and barriers to treatment adherence as perceived by providers. Providers reported not only what patients had told them but also their own beliefs on the barriers to behavioural change and treatment adherence. This revealed that perceptions of the behaviour and attitudes of providers towards patients was often an area of discrepancy between providers and patients.

The reports of administrative barriers were important because they revealed that providers believed that, in addition to issues with the patients themselves, external factors were influencing patient communication. However, these accounts lacked a sense of self-reflection, which communication training can address. More importantly, the focus on administrative barriers and problem patients revealed a possible resistance to communication training which ignored these external factors and solely focused on changing the behaviour of providers, as if suggesting they were the sole cause of the problems.

### STAGE 3: PILOT TRAINING SESSION FOR SELECTED PROVIDERS

After assessing the perspectives of both patients and primary health care providers, a communication skills training course was designed to improve provider communication through building trust and supporting behaviour change. The training materials used at this early stage were derived from previous research on evidence-based practices in provider–patient communication that had improved people-centredness and encouraged patient participation in decision-making (15). Additionally, strategies for changing communication behaviour (such as motivational interviewing) were included to address the difficulties described by providers of patient non-adherence to treatment and failure to change unhealthy lifestyles (16). Lastly, a session on understanding and avoiding emotional burnout was included in response to the highly emotional content of accounts given by providers. Before delivering the training course to larger numbers of providers in the pilot provinces, training materials were first piloted in a selected group of providers. The goals of the pilot training session were to deliver information and improve skills in identified areas and to obtain feedback from participants on modifications or additions.

### RESULTS

The pilot training session indicated a need for modifications such as adding more practical exercises such as role play, condensing information into manageable amounts, spending

more time on how to respond to aggressive patients, and more practice with patients with different health behaviours in the session on communicating the need for behavioural change. To make the information more easily applicable, sessions were altered to begin with participants demonstrating their existing knowledge and practices, and corrections then offered with trainers modelling more effective communication strategies.

### STAGE 4: REVISED TRAINING SESSIONS WITH LARGER GROUPS OF PROVIDERS

A larger training session was held in each province, with participants chosen by the local department of health. In addition to doctors and nurses, some psychologists and social workers employed at the polyclinics also attended. Approximately six months after this training session, follow-up site visits to clinics were carried out to observe communication between training session participants and their patients. Based on these observations, communication training materials were further tailored to primary health care providers working in rural clinics of the two provinces. In total, approximately 392 providers across the two provinces received training (Fig. 1).

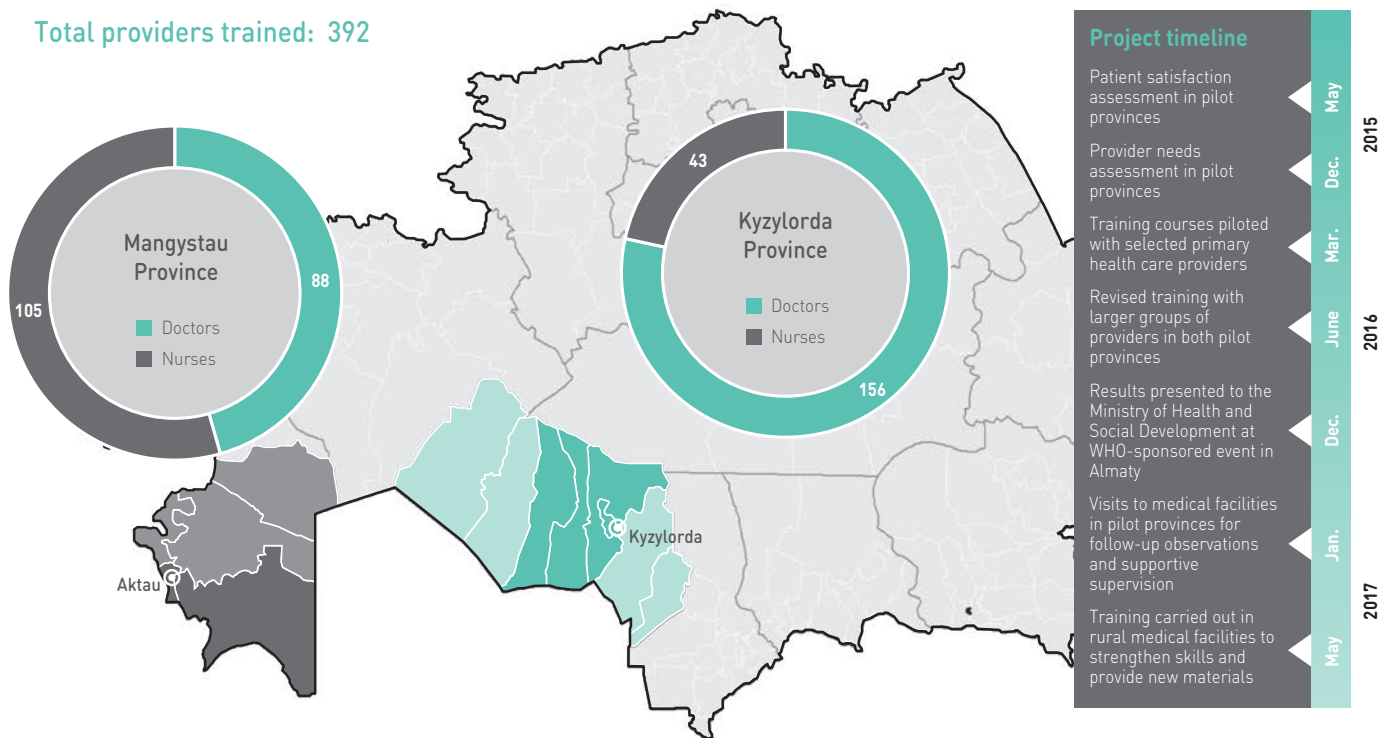
### RESULTS

The effectiveness of the training course and participant feedback were measured to make ongoing adjustments for customizing and improving the training course. The Provider–Patient Orientation Scale (PPOS) (1) was administered to participants before and after the training session to measure any changes to the providers' orientation towards the provider–patient relationship. Mean PPOS scores before and after testing were analysed in a paired samples *t*-test. This analysis consistently revealed an overall shift towards more people-centredness among participants.

In addition to the PPOS, the post-test included a sample dialogue between a provider and a patient as a qualitative component. Participants were asked to respond to and assess the sample dialogue using concepts derived from the training materials. This portion of the post-test was used to determine the concepts that participants had most focused on and learned. Anonymized feedback forms were also distributed at the end of the training session in which participants were asked what aspects of training they had found to be beneficial, whether their perspective of the patient interaction had changed and what components of the training course could be improved.

Overall, the participants felt that communication training was beneficial because it helped them to better understand their patients and that they were now better able to support them. Specifically, participants noted that the areas focusing

FIG. 1. TOTAL NUMBER OF PRIMARY HEALTH CARE PROVIDERS TRAINED AND PROJECT TIMELINE.



"We rarely have been paying attention to our communication at work which is why we have complaints from patients. After the training I now understand most of the problems we have is due to how we communicate with patients and we can solve them by using the skills from the training. We need to start with improving ourselves, even in such basic things as how we greet each other and our patients." (participant)

on active listening, behaviour change communication and managing aggressive patients were most helpful.

### STAGE 5: FOLLOW-UP VISITS TO MEDICAL FACILITIES FOR OBSERVATION AND SUPPORTIVE SUPERVISION

Follow-up visits to some polyclinics at approximately six months after the last training session revealed a continued change in attitude of those primary health care providers who had received training. Some providers who had attended the training course reported on successful changes they had made to their practices and said that their patients were responding positively to these changes.

However, observations also revealed persistent, significant gaps in self-awareness and in communication for building positive relationships of trust with patients. These included:

- not greeting the patient upon entering the general practitioner’s office;
- not introducing the doctor (with name or title);
- not using the patient’s name;

- making little to no eye contact with patient;
- facial expressions failing to demonstrate attentiveness or caring;
- body language failing to communicate listening or attentiveness;
- not demonstrating active listening and understanding of the patient’s needs and concerns; and
- providing limited or no explanations.

To address these issues, the training materials were further modified to include more basic communication techniques (both verbal and nonverbal) to be practiced from the initial contact with a patient. These are needed to help overcome the distrust that so many patients feel towards their health care providers based on their attitude towards the health care system as a whole.

Although efforts had already been made to customize the training materials, the observations revealed an even greater need for changes in impression management (i.e. in greeting

the patient and establishing rapport), self-awareness and the skills to achieve behaviour change.

### STAGE 6: TRAINING SESSIONS IN RURAL MEDICAL FACILITIES TO STRENGTHEN SKILLS AND PROVIDE NEW MATERIALS

Training materials were further modified to strengthen self-reflection and commitment to improving communication among primary health care providers. Rather than presenting communication skills as best practices, problems were first discussed and participants were then invited to demonstrate their typical behaviour and communication style in these situations. This exercise allowed participants to be presented with the possible negative outcomes of these efforts and then learn how to improve them to achieve a more desirable result. This emphasis also stimulated better discussion and more questions about providers' specific experiences and difficulties in rural health care facilities, thus further presenting the training course as a response to the problems as they see them rather than an administrative mandate.

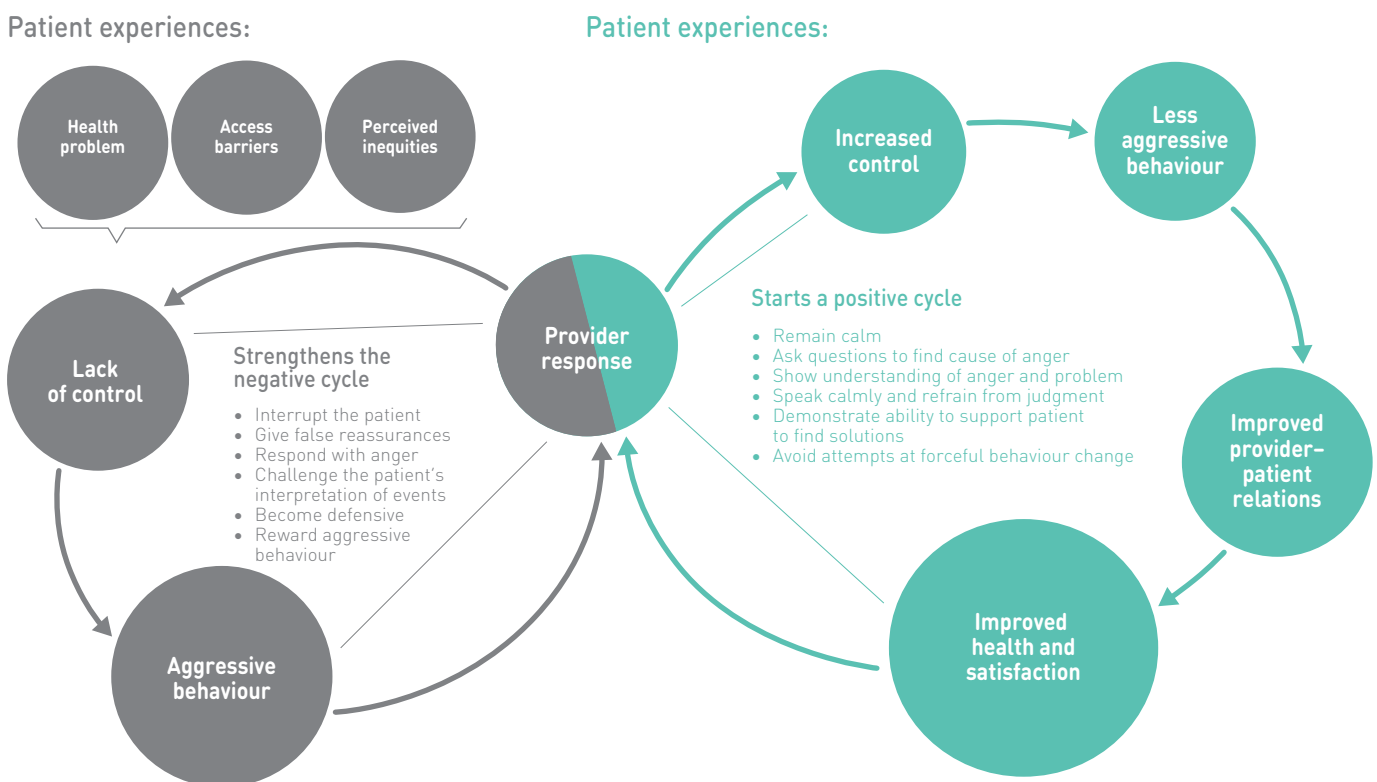
The final training courses delivered in rural polyclinics featured further modifications, including a greater emphasis on the providers introducing themselves and their nonverbal communication with patients, demonstrating listening and understanding through verbal and nonverbal behaviours,

responding to and preventing aggressive behaviour, checking for patient understanding and treatment adherence, and self- and peer-assessments to improve communication practices over time. Some of the topics most requested by providers in rural settings are not commonly included in provider communication training and thus required a greater effort to translate research on the various aspects of health communication into practices that would yield desired outcomes. An example of these translational materials can be found in the training materials on responding to aggressive patient behaviour, a common need among providers in Kazakhstan (Fig. 2).

### LESSONS LEARNED FROM TAILORING A COMMUNICATION TRAINING COURSE

When designed so that it can be tailored to the circumstances and perspectives of primary health care providers working in different health care settings, communication skills training is effective in changing the attitudes of providers towards their patients. This first step in changing attitudes and raising awareness is essential: without it, provider resistance will not be overcome and newly taught skills will not be used with patients. Through a change in their attitudes and awareness in these areas, providers became prepared to and interested in learning skills to improve their communication with patients. The effectiveness of this approach relies on accurately assessing

FIG. 2. RESPONDING TO AGGRESSIVE PATIENT BEHAVIOUR



provider perspectives and current provider practices, which are best observed in clinical settings. The site visits could have benefited the design of this training course even more if they had been carried out at an earlier stage rather than after conducting the large training session.

The importance of tailoring communication training materials to the specific contextual needs of providers can be seen in the way that the session on behaviour change communication was addressed. While based on behaviour change research and using strategies such as motivational interviewing, this portion of the training course also aimed to address local behavioural issues, some of which are not extensively covered in the literature yet are common barriers to provider communicating with patients in Kazakhstan. Examples of these barriers include behaviours attached to ethnic and cultural identities (13), as well as other social factors such as traditional gender roles and domestic responsibilities. By their continuous adaptation throughout the project, the training materials became more effective at meeting the needs of providers and at increasing their commitment to improve communication; however, they also showed that further research is needed on the more contextual factors that affect communication in health care.

Perhaps the most important lesson learned from this process was that, in addition to assessing provider perspectives through focus groups, the training course must be formatted to address the needs of providers and thereby overcome their resistance and increase their commitment to changing their communication behaviour. The focus groups showed that resistance to a people-centred approach, including communication training, can come from the belief of providers that they are powerless against patient complaints, non-adherence to treatment and aggressive behaviour. Therefore, empowering patients through engagement and shared decision-making would be perceived to further decrease their authority and influence over patients. To avoid this problem, the training course had to be framed as providing support for providers rather than correcting their behaviours towards patients.

Each training session began with the participants identifying the challenges and barriers they experience in working with patients in polyclinics. These challenges were then categorized as being either within the power of the providers to change or outside of their realm of influence. By summarizing the challenges to patient communication, trainers could then provide a framework for participants to understand all subsequent training material. This opening exercise enabled the participants to identify their own problems so that trainers

could deliver tailored solutions. Thus, all communication skills subsequently modelled and practiced in the training sessions were readily accepted by the participants.

The challenges identified by participants were acknowledged with empathy and solutions were solicited from the participants themselves. Evidence-based practices were offered as suggestions, as was research into patient perspectives of provider communication. Some challenges identified by participants went beyond the provider-patient interview and included dealing with patients who had waited in queues for long periods and aggressive patients demanding unnecessary or incorrect medications, treatment or hospitalization. Communication skills that related to persuading, rather than informing, appeared to be most relevant for participants. The main topics of the training course were informed by the needs assessments. Although they did not change much from session to session, the approaches to overcoming provider resistance through problem-identifying activities and more role play activities based on local situations improved both reception of the training course and its effectiveness in developing new skills and self-awareness.

### HELPING PROVIDERS TRANSLATE COMMUNICATION PRINCIPLES INTO CLINICAL PRACTICE

Health care providers usually do not see communication as an integral part of their responsibilities and they often resist managerial directives to improve it (18, 19). One reason for resistance is the challenge of transferring the skills learned to clinical practice (20). Standard communication training such as the Health Professionals Core Communication Curriculum (21) covers important people-centred communication skills regarding patient health and care, but providers often perceive this as a burdensome set of prescriptive steps or rules that are only applicable in extreme cases (22). Communication skills are perceived as not necessarily applicable in normal clinical practice, with their use only benefiting the patient's disposition and most providers preferring not to think about these skills.

However, because patient complaints are used to rate medical facilities in Kazakhstan, both administrators and providers have an interest in reducing patient complaints (23). Therefore, communication training for providers can be more effective if it is not limited to disseminating knowledge and skills but is carried out in a persuasive manner that shows, at least partly, that improving communication benefits both the patient and provider and directly affects health outcomes. To achieve this, trainers must model the communication principles they

aim to teach providers. Listening to one's audience in order to adapt the message to their needs and having the ability to demonstrate understanding are the first steps. To overcome provider resistance and improve attitudes towards patients, the needs and perspectives of providers were assessed before designing and delivering the training course. This allowed the trainers to demonstrate an understanding of the constraints faced by providers in treating patients and to consider these constraints when designing effective communication strategies.

## DISCUSSION AND CONCLUSION

This training course has been effective largely because the necessary initial steps of gathering information on the experiences and problems as perceived by first patients and then primary health care providers. These assessments identified the specific circumstances related to delivering and receiving health care in Kazakhstan and provides tailored solutions to local problems in the training course. Additionally, trainers modelled the communication behaviours required by health care providers. Framing the training course in this way is essential to break down resistance and increase the commitment of providers to use their new skills in interactions with patients.

The participants generally struggled to apply the knowledge and skills they had just learned in role-playing exercises. However, they consistently showed in discussions and in post-test qualitative assessments that they had made significant improvements in identifying problematic communication behaviours and their subsequent undesirable outcomes. The identification of problems is an important improvement in the self-examination of communication practices and understanding their possible outcomes. Communication skills can be learned and applied with ongoing practice and experience, but the fact that participants learned to identify problems and undesirable consequences associated with their current practices is a strong foundation on which to improve their skills and practice.

As health care systems work towards a people-centred approach, providers need to be supported in adopting a people-centred approach to care. Communicating with patients in a manner that builds trust and strengthens the provider-patient relationship is an essential aspect of people-centred care, which helps the provider discover the patient's needs and expectations. Communication skills training can and

should be given to providers. However, to change providers' attitude towards patients and encourage their commitment to improving their communication skills, it is necessary to first understand the challenges perceived by providers and then to tailor the training course to provide a series of solutions to those challenges. Similarly, administrators, government officials, experts and trainers need to first listen to providers if they expect providers to then listen to them.

**Acknowledgements:** The authors thank the WHO European Centre for Primary Health Care for supporting this project, the Mangystau and Kyzylorda departments of health, and most of all the health care professionals who participated in the focus groups and training courses for their contributions and efforts to improve the care of their patients.

**Sources of funding:** The authors were able to conduct the research and carry out the intervention with funds from the WHO Country Office and the WHO European Centre for Primary Health Care in Kazakhstan.

**Conflicts of interest:** None declared.

**Disclaimer:** The authors alone are responsible for the views expressed in this publication and they do not necessarily represent the decisions or policies of the World Health Organization.

## REFERENCES<sup>1</sup>

1. Strengthening people-centred health systems in the WHO European Region: framework for action on integrated health services delivery. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/315787/66wd15e\\_FFA\\_IHSD\\_160535.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/315787/66wd15e_FFA_IHSD_160535.pdf?ua=1)).
2. Eton DT, Ridgeway JL, Linzer M, Boehm DH, Rogers EA, Yost KJ et al. Health care provider relational quality is associated with better self-management and less treatment burden in people with multiple chronic conditions. *Patient Preference Adherence*. 2017;11:1635–46. doi:10.2147/PPA.S145942.
3. Rolfe A, Cash-Gibson L, Car J, Sheikh A, McKinstry B. Interventions for improving patients' trust in doctors and groups of doctors. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014(3):CD004134. doi:10.1002/14651858.CD004134.pub3.
4. Van Den Assem B, Dulewicz V. Doctors' trustworthiness, practice orientation, performance and patient satisfaction. *Int J Health Care Qual Assur*. 2015;28:82–95. doi:10.1108/IJHCQA-04-2013-0037.

<sup>1</sup> All references were accessed 20 October 2018.



5. Ozawa S, Sripad P. How do you measure trust in the health system? A systematic review of the literature. *Soc Sci Med*. 2013;91:10–14. doi:10.1016/j.socscimed.2013.05.005.
6. Lane C, Rollnick S. The use of simulated patients and role-play in communication skills training: a review of the literature to August 2005. *Patient Educ Couns*. 2007;67(1–2):13–20. doi: 10.1016/j.pec.2007.02.011.
7. Haskard KB, Williams SL, DiMatteo MR, Rosenthal R, White MK, Goldstein MG. Physician and patient communication training in primary care: effects on participation and satisfaction. *Health Psychol*. 2008;27(5):513–22. doi: 10.1037/0278-6133.27.5.513.
8. Berkhof M, van Rijssen HJ, Schellart AJM, Anema JR, van der Beek AJ. Effective training strategies for teaching communication skills to physicians: an overview of systematic reviews. *Patient Educ Couns*. 2011;84(2):152–62. doi: 10.1016/j.pec.2010.06.010.
9. Helitzer DL, LaNoue M, Wilson B, de Hernandez BU, Warner T, Roter D. A randomized controlled trial of communication training with primary care providers to improve patient-centeredness and health risk communication. *Patient Educ Couns*. 2011;82(1):21–9. doi: 10.1016/j.pec.2010.01.021.
10. Amutio-Kareaga A, García-Campayo J, Delgado LC, Hermosilla D, Martínez-Taboada C. Improving communication between physicians and their patients through mindfulness and compassion-based strategies: a narrative review. *J Clin Med*. 2017;6(3):33. doi: 10.3390/jcm6030033.
11. В РК не ведется статистика врачебных ошибок [In the RK, statistics of medical errors are not kept]. *Diapazon*. 24 July 2012 (<http://www.diapazon.kz/kazakhstan/kaz-incident/46360-v-rk-ne-vedetsya-statistika-vrachebnyh-oshibok.html>) (in Russian).
12. Craig BJ, Kabybekova Z. Culture and maternity care in Kazakhstan: what new mothers expected. *Health Care Women Int*. 2014;36(1):41–56. doi: 10.1080/07399332.2014.942904.
13. Craig BJ, Kapysheva A. Situated influences on perceived barriers to health behavior change: cultural identity and context in Kazakhstan. *Ethn Health*. 2017;23(8):831–46. doi: 10.1080/13557858.2017.1296560.
14. Zhumadilova A, Craig BJ, Tsoy A, Gabdrakhmanova A, Bobak M. Patient-centered beliefs among patients and providers in Kazakhstan. *Oschner J*. 2018;18(1):46–52 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5855422/>).
15. Kreps GL. Translating health communication research into practice: the importance of implementing and sustaining evidence-based health communication interventions. *Atlantic J Comm*. 2012;20(1):5–15. doi: 10.1080/15456870.2012.637024.
16. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press; 1991.
17. Krupat E, Bell RA, Kravitz RL, Thom D, Azari R. When physicians and patients think alike: patient-centered beliefs and their impact on satisfaction and trust. *J Fam Pract*. 2001;50(12):1057–62.
18. Perrona NJ, Sommer J, Louis-Simonet M, Nendaz M. Teaching communication skills: beyond wishful thinking. *Swiss Med Wkly*. 2015;145:w14064. doi: 10.4414/smw.2015.14064.
19. Stange KC, Woolf SH, Gjeltema K. One minute for prevention: the power of leveraging to fulfill the promise of health behavior counseling. *Am J Prev Med*. 2002;22(4):320–3. doi.org: 10.1016/S0749-3797(02)00413-0.
20. Curtis JR, Back AL, Ford DW, Downey L, Shannon SE, Doorenbos AZ, Engelberg RA. Effect of communication skills training for residents and nurse practitioners on quality of communication with patients with serious illness: a randomized trial. *JAMA*. 2013;310(21):2271–81. doi: 10.1001/jama.2013.282081.
21. The health professionals core communication curriculum (HPCCC): objectives for undergraduate education in health care professions. Salisbury: International Association for Communication in Health care (EACH); 2104 ([https://www.each.eu/wp-content/uploads/2014/07/HPCCC\\_website-EACH.pdf](https://www.each.eu/wp-content/uploads/2014/07/HPCCC_website-EACH.pdf)).
22. Bensing J, van Dulmen S, Tates K. Communication in context: new directions in communication research. *Patient Educ Couns*. 2003;50(1):27–32. doi: 10.1016/S0738-3991(03)00076-4.
23. S Kairbekova. Жалобы пациентов войдут в рейтинг медицинских организаций [Complaints of patients will be included in rating medical organizations]. *Zakon.kz*. 28 February 2014 (<http://www.zakon.kz/4606203-s.kairbekova-zhaloby-pacientov-vojjdut.html>) (in Russian). ■

## ПРИМЕР ИЗ ПРАКТИКИ И ИЗВЛЕЧЕННЫЕ УРОКИ

# Адаптация тренинга по коммуникации для поставщиков медицинских услуг: пример преобразования результатов исследований в практическую работу

Brett J Craig<sup>1</sup>, Aizhan Kapysheva<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Факультет искусств и наук, Фармацевтический колледж Сент-Луиса, Сент-Луис, Соединенные Штаты Америки

<sup>2</sup> Факультет международных отношений и связей с общественностью, Колумбийский университет, Нью-Йорк, Соединенные Штаты Америки

Автор, отвечающий за переписку: Brett J Craig (адрес электронной почты: Brett.Craig@stlcop.edu)

## АННОТАЦИЯ

**Исходные данные.** Неудовлетворенность пациента оказанными услугами и недоверие к учреждениям первичной медико-санитарной помощи могут негативно отражаться на взаимоотношениях между поставщиком услуг первичной медико-санитарной помощи и пациентом, что, в свою очередь, сказывается на показателях здоровья. Тренинг по коммуникации для поставщиков услуг первичной медико-санитарной помощи может эффективно способствовать улучшению взаимоотношений между поставщиками услуг и пациентами и укреплению здоровья. Однако мотивировать поставщиков услуг на улучшение коммуникации – непростая задача, особенно если при разработке учебных программ используются стандартные подходы, не адаптированные к потребностям поставщиков услуг и к местным и контекстуальным аспектам их работы.

**Методы.** На основании оценки потребностей пациентов и поставщиков услуг, а также через регулярную обратную связь в рамках учебного курса по коммуникации для поставщиков медицинских услуг в Казахстане,

были разработаны адаптированные материалы для обучения коммуникации, что позволило повысить ориентированность первичных медико-санитарных услуг на нужды людей и учесть конкретные потребности поставщиков услуг первичной медико-санитарной помощи.

**Результаты.** Благодаря (i) тому, что поставщики услуг первичной медико-санитарной помощи смогли воочию увидеть, что в учебный курс включены их конкретные потребности, и (ii) позиционированию навыков коммуникации в качестве индивидуально подобранных решений для реагирования на проблемы, с которыми поставщики услуг сталкиваются при лечении пациентов, тренинг по коммуникации позволил успешно преодолеть сопротивление поставщиков услуг и обеспечить их приверженность улучшению коммуникации.

**Выводы.** Преодоление сопротивления поставщиков услуг позволяет повысить эффективность внедрения навыков коммуникации и вероятность их применения на практике.

**Ключевые слова:** КОММУНИКАЦИЯ МЕЖДУ ПОСТАВЩИКОМ УСЛУГ И ПАЦИЕНТОМ, КОРРЕКЦИЯ ПОВЕДЕНИЯ, ДОВЕРИЕ, ТРЕНИНГ ПО КОММУНИКАЦИИ, КАЗАХСТАН

## ИСХОДНЫЕ ДАННЫЕ

Переход к модели первичной медико-санитарной помощи требует изменений в поведении пациента, связанном с доступом к услугам, получением информации здравоохранения и принятием информированных решений о здоровье за пределами системы здравоохранения. Аналогичным образом, изменения необходимы и со стороны поставщиков услуг первичной медико-санитарной помощи, которые должны обеспечить ориентированность

услуг на нужды людей, поддерживая пациентов по мере изменения их поведения и приобретения ими новых знаний и элементов мотивации. Сдвиг в сторону услуг, ориентированных на нужды людей, включая вовлечение пациентов и их семей, людей, обеспечивающих уход, и расширенных групп поддержки (1), требует сдвига в отношениях между поставщиком услуг и пациентом. Успех такого сдвига зависит от способности поставщиков услуг в системе здравоохранения эффективно доносить до пациентов информацию о своих новых функциях,

обязанностях и ожиданиях. Коммуникация, призванная обеспечить доверительные отношения, повышает уровень удовлетворенности пациентов, эффективности использования услуг и приверженности лечению, способствуя изменению связанного со здоровьем поведения пациентов, что, в свою очередь, улучшает показатели здоровья (2–5).

Поставщики медицинских услуг могут самостоятельно осваивать навыки коммуникации (6–9), однако для повышения ориентированности на нужды людей таким образом, чтобы это способствовало выстраиванию доверительных отношений, одного лишь процесса распространения навыков или примеров эффективной практики недостаточно (10). В первую очередь поставщиков услуг необходимо убедить том, что улучшение навыков коммуникации несет в себе конкретные преимущества. Для этого следует устранить барьеры (как реальные, так и предполагаемые) на пути к конструктивной коммуникации между поставщиками услуг и пациентами, а также продемонстрировать, что поведение пациентов во многом является результатом коммуникативных практик поставщиков услуг. Иными словами, в разработке учебного курса, нацеленного на преодоление сопротивления поставщиков услуг и повышение уровня их навыков, необходимо использовать те же принципы коммуникации для укрепления доверия и повышения приверженности лечению, которые преподаются поставщикам услуг в целом.

## МЕТОДЫ И РЕЗУЛЬТАТЫ

В данном примере из практики описывается опыт разработки и проведения адаптированного тренинга по коммуникации для поставщиков услуг первичной медико-санитарной помощи, реализованный в Казахстане при поддержке Европейского центра ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи и в сотрудничестве с Министерством здравоохранения Казахстана. Эта работа проводилась в целях содействия повышению ориентированности медико-санитарной помощи на нужды людей и поддержки процессов эффективного консультирования для коррекции поведения, связанного со здоровьем. Однако для обеспечения эффективности такого тренинга прежде всего требовалось проанализировать факторы, связанные с контекстом существующих взаимоотношений между поставщиком услуг и пациентом, и барьеры, препятствующие повышению уровня доверия и сотрудничества между поставщиками услуг и пациентами. Проект проводился в несколько этапов:

- этап 1: оценка потребностей и уровня удовлетворенности пациентов в пилотных областях (май 2015 г.);
- этап 2: оценка потребностей поставщиков услуг в пилотных областях (декабрь 2015 г.);
- этап 3: проведение пробного тренинга для выбранных поставщиков услуг (март 2016 г.);
- этап 4: проведение скорректированных тренингов в более обширных группах поставщиков услуг в обеих пилотных областях (июнь 2016 г.);
- этап 5: организация последующих визитов в медицинские учреждения в пилотных областях для наблюдения и контроля в целях поддержки (январь 2017 г.);
- этап 6: проведение тренингов в сельских медицинских учреждениях с целью укрепления навыков коммуникации и предоставления новых учебных материалов (май 2017 г.).

Каждый последующий этап проекта строился на основе уроков, усвоенных на предыдущем этапе, и структура данного примера из практики следует этой логике. Сначала приводится описание процесса оценки потребностей пациентов и поставщиков услуг, затем разъясняется этап разработки и проведения учебного курса (включая оценку восприятия и актуальных проблем для обеих сторон) с циклами обратной связи для корректировки учебных материалов. В конце работы приводятся результаты обучения и усвоенные уроки, а также предлагается общий анализ роли тренинга по коммуникации для поставщиков услуг в дальнейшем укреплении первичной медико-санитарной помощи.

### ЭТАП 1: ОЦЕНКА ПОТРЕБНОСТЕЙ И УРОВНЯ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ

В сотрудничестве с агентствами Организации Объединенных Наций и в рамках мероприятий по улучшению показателей здоровья Европейское региональное бюро ВОЗ провело экспресс-оценку систем здравоохранения в двух пилотных областях Казахстана – Мангистауской и Кызылординской. Оценка показала, что расширение участия пациентов и их вовлечение в разработку и реализацию политики в области медицинского обслуживания поможет укрепить систему первичной медико-санитарной помощи и улучшить показатели здоровья у пациентов. По итогам этой работы ВОЗ предложила изучать позицию и точку

зрения пациентов для разработки стратегий по активизации участия пациентов в соответствующих процессах.

В двух областях было проведено 14 встреч фокус-групп с участием пациентов, организованных в отдельных кабинетах в поликлиниках (табл. 1). Для предупреждения предвзятого отношения или принуждения при получении отзывов от пациентов, соответственно, к участию в исследовании приглашались пациенты, посетившие поликлинику в этот же день, а присутствие работников здравоохранения на фокус-группах не допускалось. Сделанные в ходе обсуждений аудиозаписи были расшифрованы, после чего тексты анализировались и кодировались по темам, имеющим отношение к восприятию и удовлетворенности пациентов (табл. 2).

## РЕЗУЛЬТАТЫ

В контексте восприятия пациентами своего опыта обращения к системе здравоохранения отмечалась неудовлетворенность взаимодействием между поставщиком услуг и пациентом в системе первичной медико-санитарной

помощи, в первую очередь связанная с особенностями поведения поставщиков. Несмотря на то, что на удовлетворенность пациентов также влияли некоторые институциональные факторы (такие как состояние учреждения или уровень обеспеченности его кадрами), было очевидно, что значительного улучшения ситуации можно добиться путем воздействия на навыки коммуникации поставщиков услуг. Неудовлетворенность и недоверие пациентов негативно влияют на обращаемость за услугами, раскрытие информации, приверженность лечению и коррекцию поведения, связанного со здоровьем (2, 4). Подавляющее большинство жалоб пациентов, зафиксированных в Казахстане, связаны с неудовлетворенностью тем, как было обеспечено реагирование на их потребности со стороны медицинских работников (11). Подобная неудовлетворенность негативно сказывается не только на отношении пациентов к системе здравоохранения, но и на их показателях здоровья. Для пациентов в Казахстане чрезвычайно важны хорошие взаимоотношения с поставщиками услуг здравоохранения (12), однако ожидания пациентов и поведение поставщиков услуг не способствуют выстраиванию

ТАБЛИЦА 1. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ПАЦИЕНТОВ, ПРИНЯВШИХ УЧАСТИЕ В ФОКУС-ГРУППАХ

Область	Участники	Пол	Этническая принадлежность	Возраст	Учреждение
Мангистауская	9,2 на группу (всего 55); 6 групп	М=20 (36,4%); Ж=35 (63,6%)	Казахи=51 (93%); русские=4 (7%)	50,1 (19–78 лет)	Городская поликлиника № 2, г. Актау Сельская врачебная амбулатория, с. Акшукур Районная поликлиника, г. Форт-Шевченко Районная больница, г. Форт-Шевченко Областная больница, г. Актау Городская поликлиника № 1, г. Актау
Кызылординская	8,4 на группу (всего 67); 8 групп	М=26 (39%); Ж=41 (61%)	Казахи=62 (92,5%); русские=5 (7,5%)	56,7 (35–79 лет)	Поликлиника № 1, г. Кызылорда Поликлиника № 2, г. Кызылорда Поликлиника № 3, г. Кызылорда Поликлиника № 6, г. Кызылорда Больница, г. Кызылорда Больница, с. Шаган Поликлиника/амбулатория, с. Теренозек Поликлиника, с. Шаган

Ж – женщины; М – мужчины

ТАБЛИЦА 2. ОБЗОР МНЕНИЙ ПАЦИЕНТОВ, ПРОДЕМОНСТРИРОВАННЫХ НА ФОКУС-ГРУППАХ

Тема обсуждения	Категория	Кодировка
Обращение в систему здравоохранения	Доступ (качество)	Коррупция Стоимость Частный
	Доступ (своевременный)	Учреждения (удаленность) Очереди Персонал Степень тяжести болезни
Взаимодействие с поставщиком медицинских услуг	Отношение поставщика услуг	Все объясняет Уделяет личное внимание Внимательно слушает Уважительный Поддержка (доброта)
	Характеристики поставщика услуг	Способность вылечить Непрерывное образование Осведомленность Формальное образование
Приверженность лечению	Внешние факторы	Зависимость Окружение Вера Бессилие
	Внутренние факторы	Образ жизни (питание и физическая активность) Фиксированная идентичность Самозффективность

Ж – женщины; М – мужчины

доверительных отношений. Пациенты склонны относить детерминанты своего здоровья на счет неконтролируемых факторов, таких как этническая принадлежность (13), или же связывать их с работой поставщика услуг, при этом не соотнося их со своим образом жизни или отношением к собственному здоровью (14). Было определено, что эффективным способом устранения этих неверных представлений может стать тренинг по коммуникации для поставщиков медицинских услуг, который позволит не только улучшить повседневные взаимоотношения между поставщиками и пациентами, но и решить другие проблемы, выявленные по результатам опроса пациентов. Также были определены и другие ожидаемые результаты для пациентов: повышение доверия к системе здравоохранения и улучшение понимания того, каким образом изменения в образе жизни помогут укрепить здоровье.

## ЭТАП 2: ОЦЕНКА ПОТРЕБНОСТЕЙ ПОСТАВЩИКОВ УСЛУГ

На данном этапе было проведено 10 встреч фокус-групп с участием врачей общей практики или сестринского персонала (табл. 3). Чтобы исключить вероятность

принуждения, не допускалось присутствие на встречах руководящих сотрудников или администрации. Как и на первом этапе, были сделаны аудиозаписи обсуждений, впоследствии расшифрованные для анализа. Эта оценка позволила получить информацию об отношении поставщиков услуг первичной медико-санитарной помощи к коммуникации с пациентами и к системным трудностям (табл. 4), а также продемонстрировала поставщикам услуг, что их насущные проблемы и восприятие ситуации не игнорируются.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

Взгляды и позиции поставщиков услуг могут быть разделены на три основные группы: (i) трудности в выполнении работы, связанные с системой здравоохранения; (ii) видение коммуникации с пациентами; (iii) взгляды и опыт в отношении приверженности пациентов назначенному лечению.

В отношении системных трудностей поставщики услуг отмечали, что полноценному осуществлению их функций препятствуют такие факторы, как большой объем



ТАБЛИЦА 3. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ПОСТАВЩИКОВ УСЛУГ, ПРИНЯВШИХ УЧАСТИЕ В ФОКУС-ГРУППАХ

Область	Участники	Пол	Профессия	Возраст	Учреждение
Мангистауская	7 на группу (всего 28); 4 группы	М=0 (0%); Ж=28 (100%)	Врачи=12 (2 фокус-группы); медсестры=16 (2 фокус-группы)	Врачи=40,6 (26–54 лет); медсестры=44,8 (24–55 лет)	Городская поликлиника № 2, г. Актау
					Районная поликлиника, г. Форт-Шевченко
Кызылординская	13,7 на группу (всего 82); 6 групп	М=6 (7,3%); Ж=76 (92,7%)	Врачи=38 (3 фокус-группы); медсестры=44 (3 фокус-группы)	Врачи=38,3 (25–66 лет); медсестры=36,9 (23–55 лет)	Поликлиника № 1, г. Кызылорда
					Поликлиника № 3, г. Кызылорда
					Районная поликлиника, г. Кызылорда

Ж – женщины, М – мужчины

ТАБЛИЦА 4. ОБЗОР МНЕНИЙ ПОСТАВЩИКОВ УСЛУГ, ПРОДЕМОНСТРИРОВАННЫХ НА ФОКУС-ГРУППАХ

Тема обсуждения	Категория	Проблемы
Системные проблемы	Условия работы	Платно или бесплатно
	Регламентирующая политика	Бумажная работа Ресурсы Поддержка Рабочая нагрузка
Коммуникация с пациентами	Поведение поставщиков услуг	Опыт Позитивное подкрепление Взаимопонимание Доверие
	Поведение пациентов	Ищет внимания Требовательный Неуважительный
Приверженность пациентов лечению	Барьеры по мнению пациентов	Казахская идентичность Самозффективность
	Барьеры по мнению поставщиков услуг	Экономический статус Превентивные установки Личная ответственность Воспринимаемая степень тяжести

работы с документами и ограниченные ресурсы, а также что политика в области медицинского обслуживания негативно влияет на поведение пациентов. Касательно коммуникации с пациентами поставщики услуг сделали упор на собственном коммуникативном поведении, которое, по их мнению, помогает им общаться с пациентами, и на коммуникативном поведении пациентов, которое, как они считали, затрудняет позитивное взаимодействие. Наконец, видение поставщиками услуг вопроса приверженности лечению также можно разделить на две составляющие: препятствующие приверженности факторы по мнению пациентов и препятствующие приверженности

факторы по мнению поставщиков услуг. Поставщики услуг предоставили информацию не только о том, что говорят им пациенты, но и о своем восприятии факторов, препятствующих изменению поведения и приверженности лечению. Эти результаты показали, что восприятие поведения и отношения поставщиков услуг к пациентам зачастую разнилось среди поставщиков услуг и пациентов.

Упоминание административных барьеров было важным с точки зрения понимания того, что поставщики услуг считают, что на коммуникацию с пациентами влияют не только проблемы, непосредственно связанные с самими

пациентами, но и внешние факторы. Однако таким утверждениям не хватало саморефлексии, и на эту проблему следует обратить внимание при проведении тренинга по коммуникации. Более того, тот факт, что упор был сделан на административные барьеры и проблемных пациентов, может быть свидетельством возможного сопротивления тренингу по коммуникации, в котором эти внешние факторы не учитываются и ставится лишь одна цель – изменить поведение поставщиков услуг, как будто бы предполагая, что именно они являются единственной причиной всех проблем.

### ЭТАП 3: ПРОВЕДЕНИЕ ПРОБНОГО ТРЕНИНГА ДЛЯ ВЫБРАННЫХ ПОСТАВЩИКОВ УСЛУГ

По результатам оценки восприятия со стороны пациентов и поставщиков услуг был разработан учебный курс (тренинг) по коммуникации, призванный улучшить коммуникацию поставщиков услуг посредством выстраивания доверительных отношений и поддержки изменений в поведении. На этом раннем этапе были использованы учебные материалы, полученные на основании более ранних исследований научно обоснованных практик по улучшению коммуникации между поставщиками услуг и пациентами, которые позволяют повысить ориентированность услуг на нужды людей и способствуют участию пациентов в принятии решений (15). Также в программу курса были включены стратегии изменения коммуникативного поведения (такие как мотивационное интервьюирование), нацеленные на решение очерченных поставщиками услуг проблем, связанных с отсутствием приверженности лечению у пациентов и их неспособностью отказаться от нездорового образа жизни (16). Наконец, в ответ на крайне эмоциональные высказывания поставщиков услуг в программе тренинга были предусмотрены вопросы понимания и предупреждения эмоционального выгорания. Перед тем как организовать тренинг в больших группах поставщиков услуг в пилотных областях, был проведен пилотный тренинг в выбранной группе участников. Целями этого пробного тренинга было предоставление информации и улучшение навыков в названных сферах и получение обратной связи от участников для последующей доработки учебного курса.

### РЕЗУЛЬТАТЫ

Пилотный тренинг продемонстрировал необходимость внесения в курс ряда изменений, как то: включение дополнительных практических упражнений, таких как ролевые игры, сжатие информационных блоков для более легкого восприятия информации, расширение сессии по работе с агрессивными пациентами и увеличение числа

практических занятий по ведению пациентов с различными проявлениями поведения в отношении здоровья в рамках сессии, на которой рассматривались методы информирования пациентов о необходимости изменить свое поведение. Для того чтобы сделать эту информацию более удобной для практического применения, был изменен формат сессий – теперь они начинались с демонстрации участниками имеющихся у них знаний и навыков, после чего ведущие тренинга предлагали свои корректировки, моделируя более эффективные стратегии коммуникации.

### ЭТАП 4: ПРОВЕДЕНИЕ СКОРРЕКТИРОВАННЫХ ТРЕНИНГОВ В БОЛЕЕ ОБШИРНЫХ ГРУППАХ ПОСТАВЩИКОВ УСЛУГ

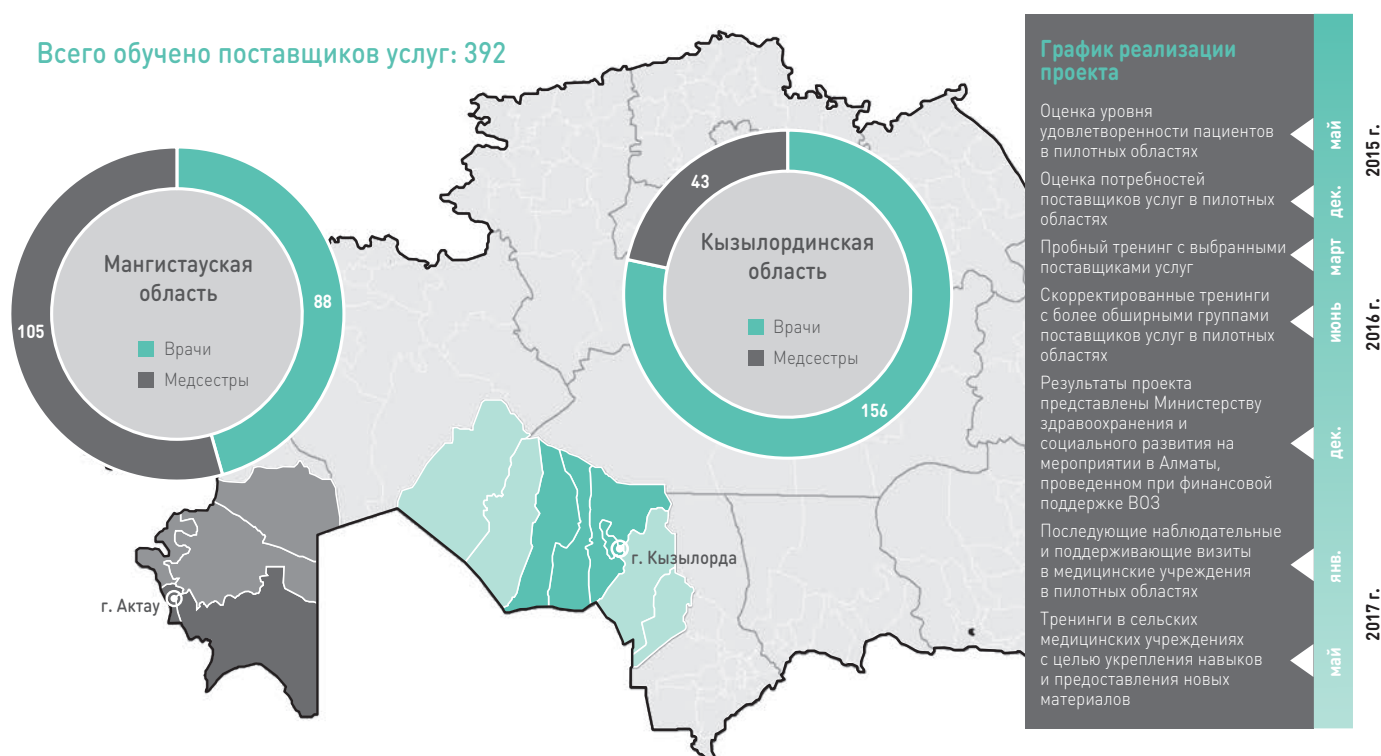
Затем в каждой области были проведены более обширные тренинги, участники которых отбирались местными управлениями здравоохранения. Помимо врачей и сестринского персонала в обучении также приняли участие психологи и социальные работники из поликлиник. Примерно через полгода после тренинга были организованы визиты в поликлиники для оценки коммуникации между участниками тренинга и их пациентами. Согласно результатам этих наблюдений, материалы тренинга далее адаптировались согласно нуждам поставщиков услуг первичной медико-санитарной помощи, работающих в сельских поликлиниках в двух участвующих в проекте областях. Всего в учебных мероприятиях приняли участие 392 представителя организаций – поставщиков медицинских услуг (рис. 1).

### РЕЗУЛЬТАТЫ

Учебный курс непрерывно корректировался в целях адаптации и усовершенствования, для чего была проведена оценка эффективности тренинга и комментариев от участников. До и после тренинга участники проходили оценку по ориентационной шкале «поставщик услуг – пациент» (PPOS) (1), на основе которой измерялись изменения в ориентации поставщиков услуг в сторону выстраивания взаимоотношений между ними и пациентами. Затем с помощью t-критерия для парных выборок был проведен анализ средних до- и послетестовых значений PPOS. Этот анализ последовательно демонстрировал общий сдвиг в сторону большей ориентированности поставщиков услуг на нужды людей.

Помимо PPOS, послетестовая оценка включала качественный компонент – анализ примера диалога между поставщиком услуг и пациентом. Участники должны были оценить диалог, используя изученные в рамках тренинга концепции. Эта часть оценки позволила определить концепции,

## РИСУНОК 1. ОБЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО ОБУЧЕННЫХ ПОСТАВЩИКОВ УСЛУГ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ И СРОКИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА



наиболее запомнившиеся участникам и оказавшиеся для них полезными. В конце тренинга участники заполнили анонимные формы для обратной связи, ответив на вопросы о том, какие компоненты тренинга они нашли полезными, изменилось ли их восприятие взаимодействия с пациентами и какие части тренинга они предложили бы улучшить.

В целом участники положительно оценили тренинг, поскольку он помог им лучше понять своих пациентов, и отметили, что теперь смогут оказывать им помощь более эффективно. В частности, как наиболее полезные были отмечены учебные блоки по активному слушанию, коммуникативным средствам коррекции поведения и работе с агрессивными пациентами.

## ЭТАП 5: ОРГАНИЗАЦИЯ ПОСЛЕДУЮЩИХ ВИЗИТОВ В МЕДИЦИНСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ В ПИЛОТНЫХ ОБЛАСТЯХ ДЛЯ НАБЛЮДЕНИЯ И КОНТРОЛЯ В ЦЕЛЯХ ПОДДЕРЖКИ

Последующие визиты в поликлиники, проведенные приблизительно через полгода после последнего тренинга, продемонстрировали стабильную тенденцию к изменениям

в отношении поставщиков услуг первичной медико-санитарной помощи, принявших участие в обучении, к пациентам. Некоторые участники курса сообщили, что внесли в практику работы ряд изменений и что пациенты воспринимают эти изменения положительно.

В то же время наблюдения также указали на сохранение существенных пробелов в отношении самосознания и коммуникации поставщиков услуг для построения доверительных отношений с пациентами. К ним относится следующее:

- отсутствует практика приветствовать пациента, входящего в кабинет врача;
- отсутствует практика, когда врач представляется пациенту (по имени или должности);
- отсутствует практика обращения к пациенту по имени;
- ограничен или отсутствует зрительный контакт с пациентом;

- выражение лица не демонстрирует внимательность и заботу;
- язык тела не передает готовности выслушать и уделить внимание;
- не демонстрируется активное слушание и понимание потребностей и проблем пациента;
- пациенту не предоставляются (или предоставляются в ограниченном объеме) какие-либо разъяснения.

Для решения этих проблем учебные материалы были дополнительно доработаны, с включением в них базовых методов коммуникации (вербальной и невербальной) с момента первого контакта с пациентом. Это позволит преодолеть недоверие, которое многие пациенты испытывают к поставщикам медицинских услуг в контексте общего отношения к системе здравоохранения.

Корректировка учебных материалов проводилась и ранее, но наблюдения выявили еще большую потребность в изменении практики представления себя (то есть поприветствовать пациента и установить с ним контакт), сферы самосознания и навыков достижения поведенческих изменений.

## ЭТАП 6: ПРОВЕДЕНИЕ ТРЕНИНГОВ В СЕЛЬСКИХ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ С ЦЕЛЮ УКРЕПЛЕНИЯ НАВЫКОВ КОММУНИКАЦИИ И ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ НОВЫХ УЧЕБНЫХ МАТЕРИАЛОВ

Учебные материалы были дополнительно доработаны в целях усиления компонентов саморефлексии и приверженности улучшению коммуникации у поставщиков услуг. Вместо того чтобы сразу представлять навыки коммуникации в качестве примеров эффективной практики, перед этим проводилось обсуждение проблем, и участникам предлагалось продемонстрировать свою типичную реакцию и стиль коммуникации в подобных ситуациях. Это упражнение позволило участникам увидеть возможные негативные последствия различных типов поведения и научиться корректировать их для достижения более эффективного результата. Такой акцент стимулировал более активную дискуссию и большее количество вопросов о конкретном опыте и трудностях поставщиков услуг в сельских медицинских учреждениях, что помогло представить учебный курс как реакцию на актуальные проблемы поставщиков услуг в том виде, в каком они ими воспринимаются, а не формально.

РИСУНОК 2. РЕАГИРОВАНИЕ НА АГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТА



Заключительный учебный курс, подготовленный для проведения в сельских поликлиниках, был дополнительно скорректирован и включал следующие вопросы: важность приветствия, представления себя и невербальной коммуникации для поставщиков услуг, демонстрация заинтересованного слушания и понимания через вербальные и невербальные средства общения, умение реагировать на агрессивное поведение и предупреждать его, проверка понимания пациентом рекомендаций и отслеживание приверженности лечению, а также проведение самооценки и оценки с участием коллег для постоянного совершенствования практик коммуникации. Некоторые темы, включить которые в тренинг чаще всего просили поставщики услуг в сельских районах, редко входят в учебные курсы по коммуникации для поставщиков медицинских услуг, и в связи с этим потребовались дополнительные усилия по выработке действенных мер на основании исследований по различным аспектам коммуникации. Пример таких материалов на основании исследований можно найти в учебном блоке по реагированию на агрессивное поведение пациента – весьма актуальной теме для поставщиков услуг в Казахстане (рис. 2).

## УРОКИ, УСВОЕННЫЕ В ПРОЦЕССЕ АДАПТАЦИИ ТРЕНИНГА ПО КОММУНИКАЦИИ

Тренинг по укреплению навыков коммуникации, разработанный с возможностью корректировки в зависимости от обстоятельств и пожеланий поставщиков услуг первичной медико-санитарной помощи, осуществляющих деятельность в различных учреждениях здравоохранения, оказывает эффективное воздействие на изменение отношения поставщиков услуг к своим пациентам. Этот первый шаг, способствующий изменению отношения и повышению осведомленности, представляется крайне важным: без него сопротивление поставщиков услуг может оказаться непреодолимым, и тогда новые навыки общения с пациентами не будут применяться. Изменив свое отношение и повысив осведомленность по этим вопросам, поставщики услуг проявили заинтересованность и готовность к работе по развитию навыков эффективной коммуникации с пациентами. Эффективность этого подхода зависит от точной оценки мнений и позиций поставщиков услуг и их методов работы, что наилучшим образом может быть сделано в ходе наблюдения в клинических условиях. Наблюдательные визиты могли бы принести учебному курсу даже еще большую пользу, если бы они были организованы на более ранней стадии, а не после проведения основных тренингов.

Важность адаптации материалов тренинга по коммуникации к конкретным условиям и потребностям поставщиков услуг может быть продемонстрирована на примере учебного блока по коммуникативным средствам коррекции поведения. Основанный на исследованиях в области коррекции поведения и таких стратегиях, как мотивационное консультирование, этот компонент учебного курса также предусматривал рассмотрение поведенческих проблем на местном уровне, многие из которых не описаны в литературе, однако часто затрудняют коммуникацию поставщиков услуг с пациентами в Казахстане. Среди примеров таких факторов можно назвать поведение, связанное с этнической и культурной идентичностью (13), а также другие социальные факторы, такие как традиционные гендерные роли и домашние обязанности. Последовательная адаптация материалов тренинга в течение всего проекта позволила повысить нацеленность этих материалов на конкретные потребности поставщиков услуг и обеспечить их приверженность улучшению своей коммуникации. Вместе с тем этот процесс также продемонстрировал необходимость дальнейших исследований других контекстуальных факторов, которые влияют на коммуникацию в здравоохранении.

Вероятно, наиболее важный урок, извлеченный из этого процесса, состоит в том, что в дополнение к оценке позиций и взглядов поставщиков услуг через фокус-группы формат учебного курса должен также учитывать потребности этих поставщиков услуг и тем самым способствовать преодолению их сопротивления и повышению готовности к коррекции своего коммуникативного поведения. Фокус-группы показали, что неприятие подхода, ориентированного на нужды людей, в т. ч. и данного тренинга по коммуникации, может быть обусловлено убежденностью поставщиков услуг в том, что они бессильны в ситуациях, когда пациенты жалуются, не соблюдают режим лечения и проявляют агрессию. Таким образом, процесс развития возможностей пациентов путем вовлечения их в совместную работу и процесс принятия решений может восприниматься поставщиками услуг в качестве еще одного ограничения их полномочий и влияния на пациентов. В связи с этим данный учебный курс должен позиционироваться как инструмент для предоставления поддержки поставщикам услуг, а не способ корректировки их поведения по отношению к пациентам.

Каждый тренинг начинался с того, что участники определяли проблемы и трудности, с которыми они сталкиваются при работе с пациентами в поликлиниках. Затем эти проблемы разделялись на две группы – проблемы, которые поставщики услуг в состоянии решить, и проблемы,



не поддающиеся их влиянию. Подытожив факторы, препятствующие эффективной коммуникации с пациентами, ведущие курса могли структурировать дальнейшие учебные материалы таким образом, чтобы они были понятны участникам. В рамках этого вступительного упражнения участники обозначали свои проблемы, а ведущие предлагали для них индивидуальные решения. Таким образом, все навыки коммуникации, которые впоследствии моделировались и отработывались в ходе тренинга, были с энтузиазмом восприняты участниками.

Проблемы, о которых говорили участники, были восприняты с эмпатией, а поиск решений осуществлялся в ходе совместной работы. Участникам было предложено изучить научно обоснованные методы работы и исследования, посвященные анализу восприятия пациентами аспектов коммуникации с поставщиками услуг. Некоторые представленные участниками проблемы выходили за рамки взаимодействия между поставщиками услуги и пациентами и были связаны с контактами с пациентами, которым пришлось долго прождать в очереди, и агрессивными пациентами, требовавшими ненужных или неподходящих им лекарств, лечебных процедур или госпитализации. Наиболее актуальными для участников оказались навыки, связанные с убеждением, а не информированием пациентов. Основные темы учебного курса были разработаны на основе оценки потребностей. Они практически не менялись от тренинга к тренингу, но упражнения для преодоления сопротивления поставщиков услуг через выявление проблем, а также увеличение числа ролевых упражнений на базе местной ситуации, позволили улучшить восприятие учебного курса и повысить его эффективность для развития новых навыков и повышения уровня самосознания.

### **ПОДДЕРЖКА ПОСТАВЩИКОВ УСЛУГ В ПРЕОБРАЗОВАНИИ ПРИНЦИПОВ КОММУНИКАЦИИ В КЛИНИЧЕСКУЮ ПРАКТИКУ**

Поставщики медицинских услуг обычно не рассматривают ведение коммуникации как неотъемлемую часть своих профессиональных обязанностей и зачастую сопротивляются указаниям руководства о совершенствовании таких навыков (18, 19). Одна из причин для этого сопротивления заключается в необходимости включать полученные навыки в клиническую практику (20). Стандартное обучение по вопросам коммуникации – например, Основной учебный курс по коммуникации для работников здравоохранения (21) – подразумевает работу по развитию важных коммуникативных навыков при оказании помощи пациентам,

однако поставщики услуг обычно воспринимают эти учебные мероприятия как обременительный набор предписаний или правил, необходимых лишь для применения в исключительных ситуациях (22). Считается, что коммуникативные навыки не обязательно применять в обычной клинической практике, а их использование положительно воздействует лишь на расположенность пациентов к общению, и поэтому большинство поставщиков услуг предпочитают не задумываться о вопросах коммуникации.

Ввиду того, что жалобы пациентов учитываются при составлении рейтинга медицинских учреждений в Казахстане, администрация и медицинские работники заинтересованы в сокращении их числа (23). В связи с этим тренинг по коммуникации для поставщиков услуг может оказаться более эффективным, если его задача не будет ограничена распространением знаний и навыков – тренинг должен убедительно продемонстрировать, что улучшение коммуникации хотя бы в некоторой степени полезно как для пациента, так и для поставщика услуг и напрямую влияет на показатели здоровья. Для этого ведущие тренинга должны соответствующим образом моделировать принципы коммуникации, которым они намерены обучать поставщиков услуг. Первый шаг этого процесса состоит в том, чтобы выслушать участников и адаптировать тренинг к их потребностям, с демонстрацией понимания этих потребностей. В целях преодоления сопротивления поставщиков услуг и улучшения их отношения к пациентам ведущие изучили потребности и мнения поставщиков услуг перед разработкой и проведением учебного курса. Это позволило им продемонстрировать понимание трудностей, с которыми сталкиваются поставщики услуг в работе с пациентами, и учесть их при выработке эффективных стратегий коммуникации.

## **ОБСУЖДЕНИЕ**

Учебный курс оказался эффективным во многом благодаря предпринятым первоначальным шагам по сбору информации об опыте и проблемах – сначала с точки зрения пациентов, а затем с точки зрения поставщиков услуг первичной медико-санитарной помощи. Эта предварительная оценка позволила получить представление о конкретных обстоятельствах предоставления и получения медицинской помощи в Казахстане и в ходе учебного курса выработать адаптированные решения для локальных проблем. Помимо этого, ведущие тренинга смоделировали типы коммуникативного поведения, необходимого для поставщиков медицинских услуг. Такая организация курса сыграла важную роль в преодолении сопротивления поставщиков услуг

и повышении их готовности применять полученные новые навыки в общении с пациентами.

В целом участникам было достаточно непросто применить на практике совершенно новые для них знания и навыки, которые они почерпнули из ролевых упражнений. В ходе обсуждений и послетестовой оценки качества участники в то же время последовательно отмечали значительные улучшения в определении проблемных типов коммуникативного поведения и нежелательных результатов такого поведения. Определение проблем – это важный шаг на пути к самооценке методов коммуникации и пониманию их возможных последствий. Поставщики услуг могут развивать и учиться применять коммуникативные навыки самостоятельно, в ходе текущей работы, однако тот факт, что участники научились определять проблемы и нежелательные последствия, ассоциирующиеся с их текущими методами работы, станет прочной основой для дальнейшего совершенствования навыков и практики.

По мере того как системы здравоохранения развивают подходы, ориентированные на нужды людей, поставщики услуг нуждаются в поддержке для внедрения таких подходов в своей практике. Важную роль в этом играет коммуникация с пациентами, нацеленная на повышение уровня доверия и укрепление взаимоотношений между поставщиком услуг и пациентом, благодаря чему поставщики услуг могут получить лучшее представление о потребностях и ожиданиях пациента. Обучение поставщиков услуг навыкам коммуникации может и должно проводиться. В то же время для изменения отношения поставщиков услуг к пациентам и для повышения их приверженности улучшению коммуникативных навыков прежде всего необходимо понять проблемы, о которых говорят поставщики услуг, и затем адаптировать учебный курс таким образом, чтобы он был нацелен на решение этих проблем. Аналогичным образом, для того чтобы быть услышанными поставщиками услуг, администраторы, чиновники, эксперты и ведущие тренингов прежде всего сами должны начать прислушиваться к их мнению.

**Выражение признательности:** авторы благодарят Европейский центр ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи за предоставленную поддержку в осуществлении проекта, а также управления здравоохранения Мангистауской и Кызылординской областей и, прежде всего, работников здравоохранения, принявших участие в совещаниях фокус-групп и тренингах, за их вклад и усилия по повышению качества медицинского обслуживания пациентов.

**Источники финансирования:** вышеуказанное исследование и инициатива проводились при финансовой поддержке странового офиса ВОЗ и Европейского центра ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи в Казахстане.

**Конфликт интересов:** не заявлен.

**Ограничение ответственности:** авторы несут самостоятельную ответственность за мнения, выраженные в данной публикации, которые необязательно представляют решения или политику Всемирной организации здравоохранения.

## БИБЛИОГРАФИЯ<sup>1</sup>

1. Укрепление систем здравоохранения, ориентированных на нужды людей, в Европейском регионе ВОЗ: рамочная основа для действий по организации интегрированного предоставления услуг здравоохранения. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 (EUR/RC66/15; [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/315922/66wd15r\\_FFA\\_IHSD\\_160535.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/315922/66wd15r_FFA_IHSD_160535.pdf?ua=1)).
2. Eton DT, Ridgeway JL, Linzer M, Boehm DH, Rogers EA, Yost KJ et al. Health care provider relational quality is associated with better self-management and less treatment burden in people with multiple chronic conditions. *Patient Preference Adherence*. 2017;11:1635–46. doi:10.2147/PPA.S145942.
3. Rolfe A, Cash-Gibson L, Car J, Sheikh A, McKinstry B. Interventions for improving patients' trust in doctors and groups of doctors. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014(3):CD004134. doi:10.1002/14651858.CD004134.pub3.
4. Van Den Assem B, Dulewicz V. Doctors' trustworthiness, practice orientation, performance and patient satisfaction. *Int J Health Care Qual Assur*. 2015;28:82–95. doi:10.1108/IJHCQA-04-2013-0037.
5. Ozawa S, Sripad P. How do you measure trust in the health system? A systematic review of the literature. *Soc Sci Med*. 2013;91:10–14. doi:10.1016/j.socscimed.2013.05.005.
6. Lane C, Rollnick S. The use of simulated patients and role-play in communication skills training: a review of the literature to August 2005. *Patient Educ Couns*. 2007;67(1–2):13–20. doi: 10.1016/j.pec.2007.02.011.
7. Haskard KB, Williams SL, DiMatteo MR, Rosenthal R, White MK, Goldstein MG. Physician and patient communication training in primary care: effects on participation and satisfaction. *Health Psychol*. 2008;27(5):513–22. doi: 10.1037/0278-6133.27.5.513.

<sup>1</sup> Все ссылки приводятся по состоянию на 8 декабря 2018 г.

8. Berkhof M, van Rijssen HJ, Schellart AJM, Anema JR, van der Beek AJ. Effective training strategies for teaching communication skills to physicians: an overview of systematic reviews. *Patient Educ Couns.* 2011;84(2):152–62. doi: 10.1016/j.pec.2010.06.010.
9. Helitzer DL, LaNoue M, Wilson B, de Hernandez BU, Warner T, Roter D. A randomized controlled trial of communication training with primary care providers to improve patient-centeredness and health risk communication. *Patient Educ Couns.* 2011;82(1):21–9. doi: 10.1016/j.pec.2010.01.021.
10. Amutio-Kareaga A, García-Campayo J, Delgado LC, Hermosilla D, Martínez-Taboada C. Improving communication between physicians and their patients through mindfulness and compassion-based strategies: a narrative review. *J Clin Med.* 2017;6(3):33. doi: 10.3390/jcm6030033.
11. В РК не ведется статистика врачебных ошибок. Диапазон. 24 июля 2012 г. (<http://www.diapazon.kz/kazakhstan/kaz-incidents/46360-v-rk-ne-vedetsya-statistika-vrachebnyh-oshibok.html>).
12. Craig BJ, Kabyzbekova Z. Culture and maternity care in Kazakhstan: what new mothers expected. *Health Care Women Int.* 2014;36(1):41–56. doi: 10.1080/07399332.2014.942904.
13. Craig BJ, Kapysheva A. Situated influences on perceived barriers to health behavior change: cultural identity and context in Kazakhstan. *Ethn Health.* 2017;23(8):831–46. doi: 10.1080/13557858.2017.1296560.
14. Zhumadilova A, Craig BJ, Tsoy A, Gabdrakhmanova A, Bobak M. Patient-centered beliefs among patients and providers in Kazakhstan. *Oschner J.* 2018;18(1):46–52 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5855422/>).
15. Kreps GL. Translating health communication research into practice: the importance of implementing and sustaining evidence-based health communication interventions. *Atlantic J Comm.* 2012;20(1):5–15. doi: 10.1080/15456870.2012.637024.
16. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior.* New York: Guilford Press; 1991.
17. Krupat E, Bell RA, Kravitz RL, Thom D, Azari R. When physicians and patients think alike: patient-centered beliefs and their impact on satisfaction and trust. *J Fam Pract.* 2001;50(12):1057–62.
18. Perrona NJ, Sommer J, Louis-Simonet M, Nendaz M. Teaching communication skills: beyond wishful thinking. *Swiss Med Wkly.* 2015;145:w14064. doi: 10.4414/sm.w.2015.14064.
19. Stange KC, Woolf SH, Gjeltema K. One minute for prevention: the power of leveraging to fulfill the promise of health behavior counseling. *Am J Prev Med.* 2002;22(4):320–3. doi: 10.1016/S0749-3797(02)00413-0.
20. Curtis JR, Back AL, Ford DW, Downey L, Shannon SE, Doorenbos AZ, Engelberg RA. Effect of communication skills training for residents and nurse practitioners on quality of communication with patients with serious illness: a randomized trial. *JAMA.* 2013;310(21):2271–81. doi: 10.1001/jama.2013.282081.
21. The health professionals core communication curriculum (HPCCC): objectives for undergraduate education in health care professions. Salisbury: International Association for Communication in Health care (EACH); 2014 ([https://www.each.eu/wp-content/uploads/2014/07/HPCCC\\_website-tEACH.pdf](https://www.each.eu/wp-content/uploads/2014/07/HPCCC_website-tEACH.pdf)).
22. Bensing J, van Dulmen S, Tates K. Communication in context: new directions in communication research. *Patient Educ Couns.* 2003;50(1):27–32. doi: 10.1016/S0738-3991(03)00076-4.
23. С. Каирбекова. Жалобы пациентов войдут в рейтинг медицинских организаций. *Zakon.kz.* 28 февраля 2014 г. (<http://www.zakon.kz/4606203-s.kairbekova-zhaloby-pacientov-vojjdut.html>). ■

## CASE STUDY AND LESSONS LEARNT

# Organization of access to primary health care for newly arrived refugees in Germany: a case study in the federal state of North Rhine-Westphalia

Kristin Rolke<sup>1</sup>, Judith Wenner<sup>1</sup>, Oliver Razum<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Department of Epidemiology & International Public Health, Bielefeld University, Bielefeld, Germany

Corresponding author: Kristin Rolke (email: kristin.rolke@uni-bielefeld.de)

## ABSTRACT

**Background:** Access to health care for newly arrived refugees is organized differently among Germany's municipalities. In the federal state of North Rhine-Westphalia, municipalities choose between two different access models: the health care voucher (HCV) model and the electronic health card (EHC) model. The EHC model was developed to facilitate access to primary health care and reduce bureaucracy. Currently, only 22 out of 396 municipalities have implemented the EHC model.

**Methods:** We conducted semi-structured interviews with 23 local decision-makers in four municipalities. We used the public health action cycle to identify the challenges of introducing the EHC model and to illustrate this case study on organizing access to primary health care for refugees in Germany.

**Results:** There is substantial diversity in the local organization of access to health care for refugees. Reasons were identified at the local and structural levels for the refusal of many municipalities to implement the EHC model. Reports from municipalities that have implemented the EHC model suggest that it improves access to primary health care. However, local actors stress that important factors for facilitating access to primary health care may be implemented irrespective of the formal access model used.

**Conclusion:** Neither of the access models addresses existing restrictions on the legal entitlement to health care faced by refugees in Germany.

**Keywords:** ACCESS TO HEALTH CARE, REFUGEE HEALTH, CASE STUDY, GERMANY

## BACKGROUND

Public health professionals working in the field of refugee health are confronted with a surprising mismatch between the high vulnerability of refugees at arrival and a lack of willingness in destination countries to facilitate their entitlement and access to health care. Many European countries restrict entitlements to health care for newly arrived refugees (1). This is also the case in Germany (2). Especially during the first months after their arrival, refugees do not have the same entitlement and access to health care services as the host population. Even though refugee status has not been granted at arrival, we will refer to newly arriving people who claim asylum as refugees to avoid using the politically loaded term asylum seekers. The Asylum Seekers Benefits Act (sections 4 and 6) restrict the entitlement to health care for newly arrived refugees. Health care services only cover acute illness and pain, pregnancy and birth, and officially recommended vaccination and medically necessary

check-ups. Additional services are provided on a case-by-case basis. However, differences in access to health care services – especially to primary health care – are based on Germany's federal structure. Two main models have been implemented in communities: the health card voucher model (HCV model; Fig. 1) and electronic health care model (EHC model; Fig. 2) models. In communities using the HCV model, refugees collect (or receive via email) HCVs for accessing care from local welfare agencies on a quarterly basis. In communities using the EHC model, refugees receive an e-health card upon arrival which is valid for up to 15 months or until their refugee status has been legally assessed. The second model is comparatively new and has been developed (among others) to facilitate access to health care, reduce administrative barriers and improve the bureaucratic process. So far, little is known about implementation of the new EHC model and how it affects access to primary health care. This case study analysed (i) existing strategies to facilitate access to health care for newly arrived refugees; (ii) why many

of the municipalities that are free to choose between the models predominantly opt for the HCV model; and (iii) how this decision affects access to primary health care. The analysis was based on material compiled as part of the larger mixed-methods study Flight, Health and Social Participation, which was financed by the Ministry of Culture and Science of North Rhine-Westphalia and carried out at Bielefeld University (Department of Epidemiology & International Public Health, School of Public Health). The study considers the perspectives of decision-makers in local welfare offices, social workers, health care providers and health insurance companies, as well as of the refugees themselves. The federal state of North Rhine-Westphalia was chosen for the case study because both the EHC and HCV models are being used and sufficient municipalities for analysis have introduced the EHC model (more than 20).

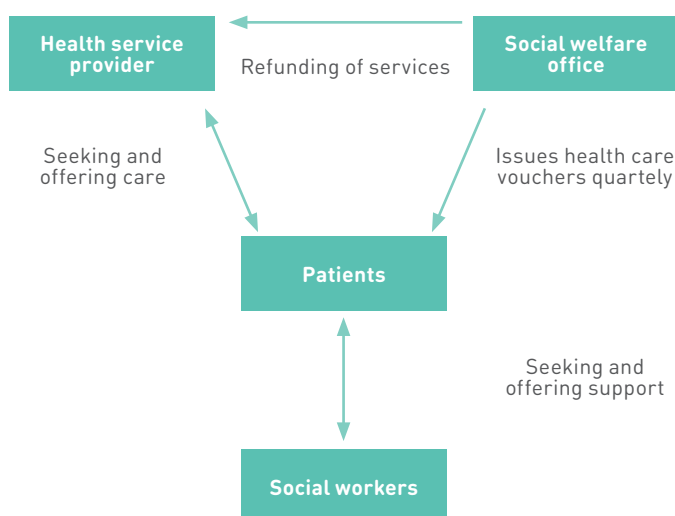
## METHODS

Although the State Government of North Rhine-Westphalia has endorsed the new regulation, most of its municipalities still adhere to the HCV model and have refused to implement the EHC model. As part of this case study, we conducted semi-structured expert interviews with 23 local decision-makers between July 2017 and July 2018: in the municipalities using EHC model, six employees in social welfare offices and five social workers were interviewed; and in those using the HCV model, six social welfare office employees and six social workers were interviewed. The interviews included questions on the organization of health care for refugees and the use of health

care access models in communities, along with associated problems or opportunities. The questionnaire was pre-tested and modified. Interviews were transcribed in full and anonymized. A qualitative content analysis based on Mayring (3) was done using Atlas.ti software. Interviews with social welfare office employees (including heads of the social welfare offices, department heads and administrators) and social workers took place in four municipalities, of which two had implemented the EHC model and two had decided to continue using the HCV model. A range of interviewees with different roles were selected with the aim of obtaining as many different perspectives as possible.

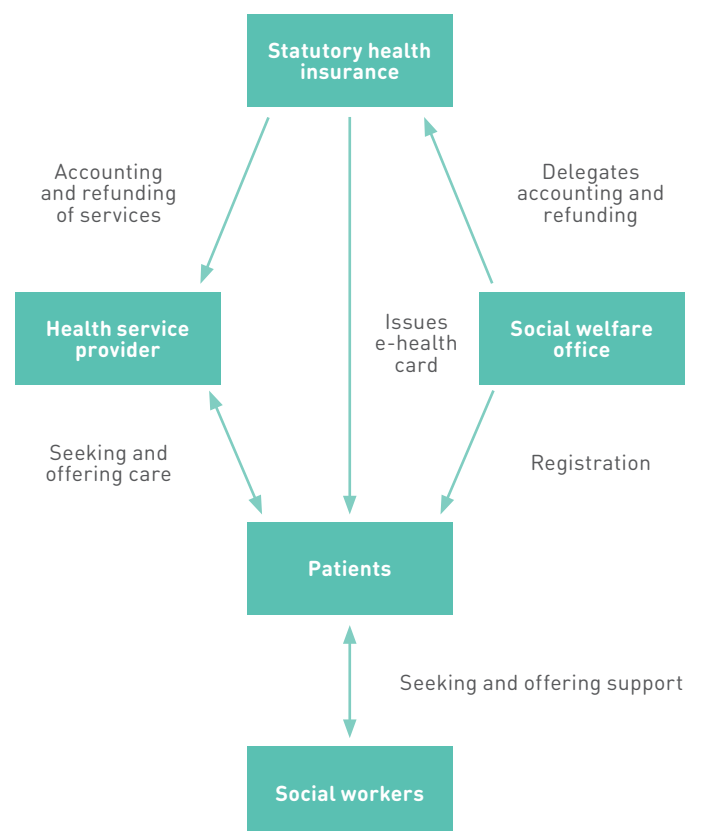
The public health action cycle is a method commonly used to first identify public health challenges and then work towards solving them. It is a structured approach to problem-solving through policy changes, interventions or public health programmes, usually consisting of four steps: defining the problem, developing the policy or strategy, implementation, and evaluation (4–6). We use this approach to illustrate the case study on different access models for newly arrived refugees in

**FIG. 1. HCV MODEL: PLAYERS INVOLVED IN ORGANIZING PRIMARY HEALTH CARE SERVICES FOR NEWLY ARRIVED REFUGEES IN GERMAN MUNICIPALITIES**



Source: authors' own design.

**FIG. 2. EHC MODEL: PLAYERS INVOLVED IN ORGANIZING PRIMARY HEALTH CARE SERVICES FOR NEWLY ARRIVED REFUGEES IN GERMAN MUNICIPALITIES**



Source: authors' own design.



Germany and their access to primary health care. The four steps are discussed separately in the next section.

## RESULTS

### FIRST STEP: DEFINING THE PROBLEM

The first step depends equally on empirical findings or observations and on the normative idea of a good public health system. Public health problems usually arise when observations and ideals diverge. This is also the case for access of newly arrived refugees to health care in Germany.

A common ideal of a good (public) health system is developed in the Declaration of Alma-Ata on primary health care. Although primary health care provision needs a comprehensive approach, we only focused on the health system aspect, which emphasizes the importance of primary health care as “the first level of contact of individuals, the family and community with the national health system bringing health care as close as possible to where people live and work, and constitutes the first element of a continuing health care process” (7).

The HCV model was used in all municipalities until 2005 and is still used in most federal states and communities. However, it has been criticized as complicating access, especially to the first level of care, that is, to general practitioners working in the communities where refugees settle. HCVs are valid for only three months, are not well known by health professionals and immediately show that a person has no regular access to health care. Patients might delay use of or refrain from using primary health services to avoid applying for and showing the HCV. Without an HCV, only emergency care is accessible. Instead of accessing primary care, patients might delay treatment until hospitalization is necessary. As a result, the HCV model might contribute to a higher use of inpatient and emergency care, and to underprovision and higher costs for health care services (8–13). A recent study suggested that refugees living in municipalities using the EHC model visit general practitioners more frequently compared with those in municipalities using the HCV model (14). The finding that access to health care for newly arrived refugees might be complicated by use of the HCV model is contrary to the ideals of primary health care.

### SECOND STEP: DEVELOPING THE POLICY OR STRATEGY

In the second step, possible strategies to overcome the identified problems were developed. Public health professionals, the statutory health insurance companies system and civil

society organizations, as well as stakeholders in some federal states and municipalities, were involved in developing these strategies. Introduction of the EHC model has been much discussed as a solution to the barriers caused by the use of HCVs. E-health cards are comparable to the health insurance cards distributed by the statutory health insurance company and are valid for up to 15 months or until refugee status has been secured. Once this status is achieved, refugees do not depend on HCVs, but may instead access health care directly like other members of the statutory health insurance system (around 90% of the population). A framework agreement was negotiated between the federal state of North Rhine-Westphalia and eight health insurance companies. Each municipality which joins the agreement cooperates with only one statutory health insurance company (15). The statutory health insurance company is then responsible for payments to health care providers and is refunded by the municipality for both the costs and additional administration expenses. Municipalities using the HCV model usually take the responsibility for the administrative work.

### THIRD STEP: IMPLEMENTATION

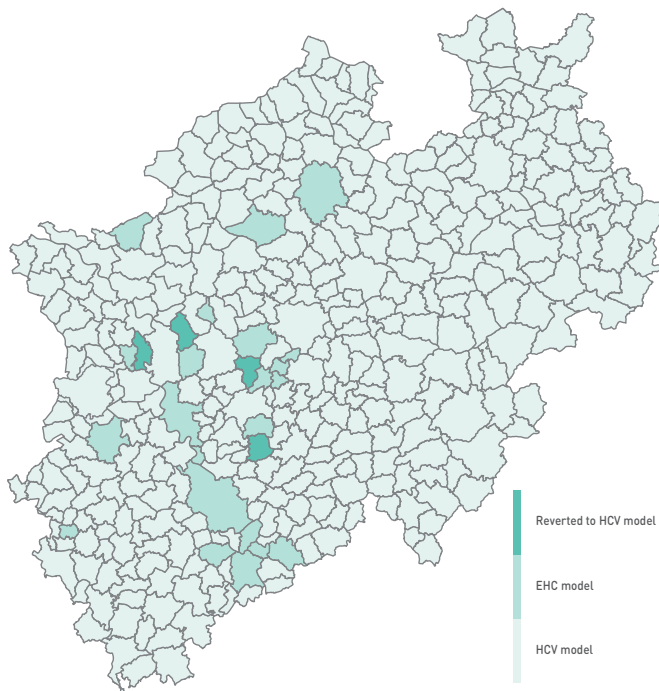
Once strategies such as the EHC model have been identified, they need to be implemented. In 2005, Bremen was the first German federal state to introduce the EHC model. Next, the city states of Berlin and Hamburg and the federal states of Brandenburg, Schleswig-Holstein and Thuringia replaced the HCV model. The federal states of Lower Saxony, North Rhine-Westphalia and Rhineland-Palatinate have only partially introduced the EHC model. These three federal states have concluded framework agreements with a number of health insurance companies, to which individual municipalities of the federal states can voluntarily accede. The municipalities are responsible for deciding whether to introduce the EHC model. Some municipalities in the three federal states are currently using the EHC model, with the remainder continuing to use the HCV model. Seven federal states (Baden-Württemberg, Bavaria, Hesse, Mecklenburg-Vorpommern, Saarland, Saxony, Saxony-Anhalt) have not yet decided or oppose the introduction of the EHC model (Table 1).

In North Rhine-Westphalia, municipalities are free to choose between the different models. Fig. 3 shows the status of introduction of the EHC model in North Rhine-Westphalia, where this case study is located. In total, only 26 of the 396 municipalities in North Rhine-Westphalia have introduced the EHC model. Of these, four had reverted to the HCV model after around a year. Thus, 22 municipalities have currently implemented the EHC model.

**TABLE 1. IMPLEMENTATION OF THE EHC MODEL IN THE FEDERAL STATES IN GERMANY**

EHC model introduced at a federal level	EHC model introduced at a municipality level	EHC model not introduced
Berlin	Lower Saxony	Baden-Württemberg
Brandenburg	North Rhine-Westphalia	Bavaria
Bremen	Rhineland-Palatinate	Hesse
Hamburg		Mecklenburg-Vorpommern
Schleswig-Holstein		Saarland
Thuringia		Saxony
		Saxony-Anhalt

**FIG. 3. IMPLEMENTATION OF THE EHC AND HCV MODELS IN THE MUNICIPALITIES OF NORTH RHINE-WESTPHALIA, GERMANY, FEBRUARY 2018**



Source: authors' illustration based on data from gadm.org

### FORTH STEP: EVALUATION

Despite all local authorities facing similar challenges, there was great heterogeneity among municipalities in the practical implementation and organization of health care access for refugees. Analysis of the interview transcripts showed that the binary option for access models (EHC versus HCV) does not necessarily correspond to reality. Instead, the municipalities have established their own solutions to organizing health care

access for refugees beyond the models, which in many cases are unique. Such heterogeneity existed before development of the EHC model and has influenced whether the municipalities opted for the EHC model or retained the HCV model. The way in which the existing organizational structure for access to health care for refugees in each municipality determined the amount of effort needed to change to the EHC model.

The associated costs or cost-benefit considerations were given as the main arguments for or against, respectively, introducing the EHC model. In particular, the administrative costs to be paid to the statutory health insurance companies within the framework agreement of the EHC model were considered to be significantly higher than those of the HCV model. However, municipalities reported a considerable decrease in administrative work once they had successfully shifted from the HCV to the EHC model.

Municipalities which had implemented the EHC model reported a lot of extra work during the implementation phase. Records for newly arriving refugees and those who had been living in the community for some time (but no longer than 15 months) had to be included in the electronic data processing system. Commissioning an e-health card needed up-to-date passport photographs for each refugee, which could be difficult to obtain in some cases. Although this initially seemed a minor issue, it constituted a great challenge for the municipalities.

Close cooperation and direct communication between the welfare agency and the responsible health insurance company were decisive factors for successful implementation. This required fixed contact persons and fast, efficient exchange on both sides.

Those municipalities with the EHC model and included in this case study report positive effects from introducing the EHC model: a smaller workload for social service employees and reduced costs. In addition, the decision of whether to grant health care services is taken over by the health insurance company, to the great relief of municipalities. In contrast, employees of those municipalities without the EHC model are skeptical about these results. Most do not expect the EHC model to lessen their work or reduce costs: instead, they anticipate losing control over the services granted to refugees and increased costs.

The interviewed social workers reported non-discriminatory access to health services – especially those in primary health care – as an advantage of the EHC model, as the appearance and function of the EHC are similar to the insurance cards held by all members of the statutory health insurance system

in Germany. At the same time, the interviewees stressed that direct access to the health system via the EHC without having to go to the local welfare office cannot reduce important barriers such as discriminatory practices in scheduling appointments and existing uncertainties on where to seek care. The language barrier to accessing to health care also persists in both models.

The social workers interviewed in the municipalities see themselves mainly as advocators of the refugees' needs and rights. If refugees need support with aspects of the health system, social workers are usually the first point of contact. The health system is new for all refugees and may differ somewhat from the one they are familiar with. The social workers reported observing a great deal of uncertainty among refugees about the available health services and their entitlements and access. From the perspective of social workers, receiving no guidance may lead to non-utilization of services, irrespective of the access model. Thus, the local support infrastructure in the municipality plays an important role in access to health care by refugees. Close communication between social services, social workers and doctors (or other service providers) is essential to ensure easy access to health care services. In particular, good cooperation between the welfare office and service providers can improve the quality of care for refugees.

The interviewees further stated that the financing and availability of interpreters is a major problem. Appointments for treatment often cannot be made if no interpreters are available. This barrier hampers access to necessary health care in communities with and without e-health cards. In addition, restrictions to the legal entitlement (in accordance with sections 4 and 6 of the Asylum Seekers Benefits Act) were also identified as causing of uncertainties on all sides – among doctors, social workers and refugees. Many interviewees thus advocated for equal entitlements and equal access to the health system, irrespective of how long somebody has already lived in Germany.

## CONCLUSION

Access to primary health care depends not only on the local access model but also on the details of its implementation. The heterogeneity of both access models and local solutions thus goes beyond the binary option (EHC model versus HCV model). Worries about additional costs and uncertainty about the actual improvements in access to health care that can be achieved by the e-health card might partly explain the reluctance of municipalities to implement the EHC model. Given that the effects of the models on access to primary health

care for refugees have not been rigorously studied, different municipalities continue to stress the advantages of locally implemented EHC and HCV models. Further evaluation studies that include refugees' perspectives on how to best organize their access to primary health care, as well as analysis of claims data, are ongoing.

This case study has limitations. First, a qualitative explorative approach was used, with a small number of interviews; therefore, the study cannot claim to be representative. Secondly, selection bias cannot be ruled out since municipalities with a good opinion of their access model might have been more likely to participate in the study.

Lastly, none of the implemented access models can offset existing restrictions on legal entitlements to health care faced by refugees Germany. Advancing primary health care is a long-term aim, and reaching it necessitates the political will to change existing policies. Municipalities can only organize access to health care in accordance with federal and national legislation.

This case study revealed the implications of political interventions on access to health care for refugees. Firstly, municipalities primarily base their choice of access model on an analysis of accruing costs. Thus, national or federal policies should guarantee that health care expenditures do not overburden municipalities, irrespective of the model implemented. Secondly, close cooperation and direct communication between the welfare agency and respective health insurance company are key to successful implementation. Thirdly, the shared experiences of municipalities that have already introduced the EHC model can help in changing the access model in other municipalities. Finally, the interviewees called for restrictions within the Asylum Seeker Benefits Act to be abolished to improve access to primary health care for refugees.

**Acknowledgements:** None declared.

**Sources of funding:** The study is funded by the Ministry of Culture and Science of the Federal State of North Rhine-Westphalia.

**Conflicts of interest:** None declared.

**Disclaimer:** The authors alone are responsible for the views expressed in this publication and they do not necessarily represent the decisions or policies of the World Health Organization.

REFERENCES<sup>1</sup>

1. Norredam M, Mygind A, Krasnik A. Access to health care for asylum seekers in the European Union- A comparative study of country policies. *Eur J Public Health*. 2006;16(3):285–9. doi: 10.1093/eurpub/cki191.
2. Razum O, Bozorgmehr K. Restricted entitlements and access to health care for refugees and immigrants: the example of Germany. *Glob Soc Policy*. 2016;16(3):321–4. doi: 10.1177/1468018116655267.
3. Mayring P. *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* [Qualitative analysis: basics and techniques]. Weinheim and Basel: Beltz; 2015.
4. Institute of Medicine. (US) Committee for the Study of the Future of Public Health. *The future of public health*. Washington (DC): National Academy Press; 1988. doi: 10.17226/1091. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK218218>).
5. Kolip P. Evaluation, Evidenzbasierung und Qualitätsentwicklung: zentrale Herausforderungen für Prävention und Gesundheitsförderung [Evaluation, evidence base and quality development: key challenges for disease prevention and health promotion]. *Prävention und Gesundheitsförderung* 2006;1(4):234–9.
6. Rosenbrock R. Public Health als soziale Innovation [Public health as a means of social innovation]. *Gesundheitswes*. 1995;57:140–4.
7. Declaration of Alma-Ata. In: *International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, 6–12 September 1978*. Geneva: World Health Organization; 1978 ([http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf)).
8. Bauhoff S, Göppfarth D. Asylum-seekers in Germany differ from regularly insured in their morbidity, utilizations and costs of care. *PLoS One*. 2018;13(5):1–11 (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0197881>).
9. Bozorgmehr K, Schneider C, Joos S. Equity in access to health care among asylum seekers in Germany: evidence from an exploratory population-based cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*. 2015;15(1):502. doi: 10.1186/s12913-015-1156-x.
10. Wenner J, Razum O, Schenk L, Ellert U, Bozorgmehr K. Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aus Familien mit ungesichertem Aufenthaltsstatus im Vergleich zu Kindern mit und ohne Migrationshintergrund: Auswertung der KiGGS-Daten 2003–06. *Bundesgesundheitsblatt–Gesundheitsforsch–Gesundheitsschutz* [Health of children and adolescents from families with uncertain residential status compared to children with or without a migrant background: Evaluation of KiGGS data 2003–06]. 2016;59(5):627–35.
11. Weising U. Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer "Versorgung von nicht regulär krankenversicherten Patienten mit Migrationshintergrund" [Statement of the Central Commission for the Safeguarding of Ethical Principles in Medicine and its Adjacent Areas (Central Ethics Commission) at the German Medical Association: "Healthcare for patients with a migrant background that do not have regular health insurance coverage"]. *Dtsch Arztebl*. 2013;110(18):A899–903.
12. Spura A, Kleinke M, Robra B-P, Ladebeck N. Wie erleben Asylsuchende den Zugang zu medizinischer Versorgung? [How do asylum-seekers experience the access to healthcare?]. *Bundesgesundheitsblatt–Gesundheitsforsch–Gesundheitsschutz*. 2017;60(4):462–70.
13. Bozorgmehr K, Razum O. Effect of restricting access to health care on health expenditures among asylum-seekers and refugees: a quasi-experimental study in Germany, 1994–2013. *PLoS One*. 2015;10(7):e0131483. doi: 10.1371/journal.pone.0131483.
14. Claassen K. Impact of the introduction of the electronic health insurance card on the use of medical services by asylum seekers in Germany. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(5):E856. doi: 10.3390/ijerph15050856.
15. Rahmenvereinbarung zur Übernahme der Gesundheitsversorgung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung nach § 264 Absatz 1 SGB V in Verbindung mit §§1,1a Asylbewerberleistungsgesetz in Nordrhein-Westfalen. Anlage 1. [Framework Agreement on Health Coverage for Exempts in return for Reimbursement of Costs pursuant to Section 264 para. 1 of the Social Security Code in conjunction with Sections 1 and 1a of the Asylum Seeker Benefits Act in North Rhine-Westphalia. Appendix 1]. Düsseldorf: Ministry of Labour, Health and Social Affairs of North Rhine-Westphalia; 2015. ■

<sup>1</sup> All references were accessed on 6 December 2018.



## ПРИМЕР ИЗ ПРАКТИКИ И ИЗВЛЕЧЕННЫЕ УРОКИ

# Организация доступа к услугам первичной медико-санитарной помощи для новоприбывших беженцев в Германии: пример из практики федеральной земли Северный Рейн – Вестфалия

Kristin Rolke<sup>1</sup>, Judith Wenner<sup>1</sup>, Oliver Razum<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Кафедра эпидемиологии и международного общественного здравоохранения, Билефельдский университет, Билефельд, Германия

Автор, отвечающий за переписку: Kristin Rolke (адрес электронной почты: kristin.rolke@uni-bielefeld.de)

## АННОТАЦИЯ

**Исходные данные.** Доступ к услугам здравоохранения для новоприбывших беженцев в муниципалитетах Германии организован по-разному. В федеральной земле Северный Рейн – Вестфалия муниципалитеты выбирают между двумя различными моделями доступа – с использованием ваучера на услуги здравоохранения (ВЗ) и с использованием электронной медицинской карты (ЭМК). Модель ЭМК разрабатывалась с целью облегчить доступ к услугам первичной медико-санитарной помощи и сократить бюрократию. В настоящее время модель ЭМК внедрили лишь 22 из 396 муниципалитетов.

**Методы.** Мы провели полуструктурированные интервью с 23 ответственными должностными лицами в четырех муниципалитетах. Для того чтобы выявить проблемы на пути внедрения модели ЭМК и проиллюстрировать этот пример из практики организации доступа к услугам первичной медико-санитарной помощи для беженцев в Германии, мы использовали цикл действий общественного здравоохранения.

**Результаты.** В организации доступа к медицинским услугам для беженцев на местах наблюдаются существенные различия. На местном и структурном уровнях были выявлены причины, обуславливающие отказ от внедрения модели ЭМК многими муниципалитетами. По сообщениям муниципалитетов, внедривших модель ЭМК, это позволяет улучшить доступ к услугам первичной медико-санитарной помощи. Тем не менее субъекты на местах подчеркивают, что важные факторы обеспечения доступа к услугам первичной медико-санитарной помощи могут быть реализованы вне зависимости от официально используемой модели доступа.

**Выводы.** Ни одна из моделей доступа не снимает существующих ограничений законного права на получение медико-санитарной помощи, с которыми сталкиваются беженцы в Германии.

**Ключевые слова:** ДОСТУП К УСЛУГАМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ЗДОРОВЬЕ БЕЖЕНЦЕВ, ПРИМЕР ИЗ ПРАКТИКИ, ГЕРМАНИЯ

## ИСХОДНЫЕ ДАННЫЕ

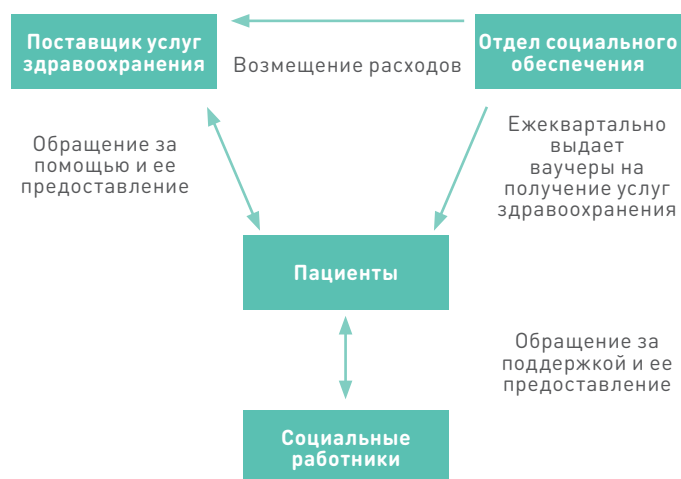
Специалисты общественного здравоохранения, занимающиеся вопросами охраны здоровья беженцев, сталкиваются с неожиданным несоответствием между высокой уязвимостью беженцев по прибытии и отсутствием в принимающих странах готовности способствовать осуществлению их законных прав и обеспечить доступ к услугам медико-санитарной помощи. Во многих европейских странах право вновь прибывших беженцев на получение услуг здравоохранения ограничено (1). Так обстоит дело в том числе и в Германии (2), особенно в первые месяцы после прибытия: беженцы не имеют тех же прав и доступа к услугам здравоохранения, что и принимающее население. Даже несмотря

на то, что статус беженца предоставляется не сразу по прибытии, в данном тексте мы будем называть новоприбывших лиц, обратившихся за убежищем, «беженцами», чтобы не использовать политизированный термин «лица, ищущие убежища». Закон о предоставлении помощи лицам, ищущим убежища (разделы 4 и 6), ограничивает права на получение медицинской помощи для новоприбывших беженцев. Медицинская помощь охватывает лишь острые состояния заболевания и боли, беременность и роды, а также официально рекомендованную вакцинацию и необходимые по медицинским показаниям врачебные осмотры. Предоставление дополнительных услуг возможно в зависимости от конкретного случая. В основе различий в доступе к услугам здравоохранения (в особенности к услугам первичной



медико-санитарной помощи) лежит федеральная структура Германии. На уровне сообществ применяются две основные модели: модель с использованием ваучера на услуги здравоохранения (ВЗ; рис. 1) и модель с использованием электронной медицинской карты (ЭМК; рис. 2). В тех сообществах, где используется модель ВЗ, для доступа к помощи беженцы ежеквартально (очно или по электронной почте) получают ВЗ от местных органов социального обеспечения. В сообществах, использующих модель ЭМК, беженцы получают карточку для доступа к ЭМК по прибытии на срок до 15 месяцев или до тех пор, пока их статус беженца не будет пересмотрен. Вторая модель является относительно новой и разрабатывалась (в числе прочего) для того, чтобы облегчить доступ к услугам здравоохранения, сократить число административных барьеров и упростить бюрократический процесс. На сегодняшний день о внедрении новой модели ЭМК и ее влиянии на доступ к услугам первичной медико-санитарной помощи известно мало. Предлагаемый пример из практики представляет собой анализ (i) существующих стратегий облегчения доступа к услугам здравоохранения для новоприбывших беженцев; (ii) того, почему многие муниципалитеты, имея возможность выбирать любую из моделей, отдают предпочтение модели ВЗ; (iii) того, как этот выбор влияет на доступ к услугам первичной медико-санитарной помощи. В основу анализа лег материал, собранный в рамках более масштабного исследования с использованием смешанной методологии «Бегство, здоровье и социальное участие», которое финансировалось Министерством культуры и науки земли Северный Рейн – Вестфалия и проводилось в Билефельдском университете (кафедра эпидемиологии и международного общественного здравоохранения, школа

**РИСУНОК 1. МОДЕЛЬ ВЗ: ДЕЙСТВУЮЩИЕ ЛИЦА, УЧАСТВУЮЩИЕ В ОКАЗАНИИ УСЛУГ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ НОВОПРИБЫВШИМ БЕЖЕНЦАМ В МУНИЦИПАЛИТЕТАХ ГЕРМАНИИ**



Источник: авторский дизайн

общественного здравоохранения). В исследовании рассматриваются точки зрения ответственных должностных лиц из местных отделов социального обеспечения, социальных работников, работников здравоохранения и сотрудников компаний, осуществляющих медицинское страхование, а также самих беженцев. Федеральная земля Северный Рейн – Вестфалия была выбрана для этого примера из практики потому, что там используются обе модели – и ВЗ, и ЭМК, причем модель ЭМК внедрена в достаточном числе (более 20) включенных в анализ муниципалитетов.

## МЕТОДЫ

Несмотря на то, что земельное правительство Северного Рейна – Вестфалии утвердило новую правовую норму, большинство муниципалитетов по-прежнему придерживаются модели ВЗ и отказываются применять модель ЭМК. При подготовке этого примера из практики в период с июля 2017 г. по июль 2018 г. нами были проведены полуструктурированные интервью с 23 ответственными должностными лицами. Так, в муниципалитетах, использующих модель ЭМК, были

**РИСУНОК 2. МОДЕЛЬ ЭМК: ДЕЙСТВУЮЩИЕ ЛИЦА, УЧАСТВУЮЩИЕ В ОКАЗАНИИ УСЛУГ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ НОВОПРИБЫВШИМ БЕЖЕНЦАМ В МУНИЦИПАЛИТЕТАХ ГЕРМАНИИ**



Источник: авторский дизайн

опрошены шесть сотрудников отделов социального обеспечения и пять социальных работников, а в муниципалитетах, использующих модель ВЗ, были опрошены шесть сотрудников отделов социального обеспечения и шесть социальных работников. Интервью включали вопросы об организации услуг здравоохранения для беженцев, а также об использовании моделей доступа к услугам здравоохранения в сообществах и связанных с этим проблемах или возможностях. Вопросник прошел апробацию и был доработан. Интервью были анонимными и в полном виде протоколировались. Качественный контент-анализ на основании Mayring (3) был проведен с использованием программного обеспечения Atlas.ti. Собеседования с сотрудниками отделов социального обеспечения (включая руководителей отделов социального обеспечения, глав департаментов и администраторов) и социальными работниками прошли в четырех муниципалитетах, два из которых внедрили модель ЭМК и два – решили продолжать использование модели ВЗ. Круг исполняющих различные функции опрашиваемых формировался с тем, чтобы выяснить как можно большее число точек зрения.

Цикл действий общественного здравоохранения – это метод, широко используемый для первичного выявления проблем общественного здравоохранения с последующим их устранением. Это структурированный подход к решению проблем путем изменений в политике, мероприятиях или программах в области общественного здравоохранения, обычно включающий четыре этапа: определение проблемы, разработка политики или стратегии, ее реализация и оценка (4–6). Мы используем этот подход для того, чтобы проиллюстрировать пример из практики, касающийся различных моделей доступа к услугам здравоохранения для новоприбывших беженцев в Германии и возможного для них доступа к услугам первичной медико-санитарной помощи. Вышеназванные четыре этапа будут по отдельности рассмотрены в следующем разделе.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

### ПЕРВЫЙ ЭТАП: ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ

Первый этап в равной степени зависит от эмпирических результатов или наблюдений и от нормативного представления об эффективной системе общественного здравоохранения. Проблемы общественного здравоохранения обычно возникают в тех случаях, когда наблюдения и представления расходятся. Это касается, в том числе, и доступа к услугам здравоохранения для новоприбывших беженцев в Германии.

Сложившееся представление об эффективной системе (общественного) здравоохранения отражено в Алма-Атинской декларации по первичной медико-санитарной помощи. Хотя оказание первичной медико-санитарной помощи требует комплексного подхода, мы сосредоточили внимание только на том аспекте системы здравоохранения, который подчеркивает важность первичной медико-санитарной помощи как «первого уровня контакта отдельных лиц, семьи и общины с национальной системой здравоохранения, который максимально приближает медико-санитарную помощь к месту жительства и работы людей и представляет собой первый этап непрерывного процесса охраны здоровья народа» (7).

Модель ВЗ использовалась всеми без исключения муниципалитетами до 2005 г. и по-прежнему используется в большинстве федеральных земель и сообществ. Тем не менее ее критикуют как усложняющую доступ, особенно на первом уровне помощи, т. е. на уровне врачей общей практики, работающих в тех районах, где оседают беженцы. ВЗ действительны лишь в течение трех месяцев, не слишком хорошо известны работникам здравоохранения и прямо указывают на то, что человек не имеет регулярного доступа к услугам здравоохранения. Пациенты могут откладывать обращение за первичной медико-санитарной помощью или воздерживаться от такого обращения, чтобы избежать обращения за ВЗ и его предъявления. Без ВЗ доступна лишь неотложная медицинская помощь. Вместо того чтобы обратиться за первичной медико-санитарной помощью, пациенты могут откладывать лечение до того момента, когда возникнет необходимость госпитализации. В результате ВЗ может способствовать росту использования стационарной и неотложной помощи при недостаточном оказании услуг здравоохранения и более высокой их стоимости (8–13). Недавнее исследование показало, что беженцы, проживающие в муниципалитетах, где используется модель ЭМК, чаще посещают врачей общей практики по сравнению с теми, кто живет в муниципалитетах, где используется модель ВЗ (14). Исследование показало, что доступ к услугам здравоохранения для новоприбывших беженцев может осложняться использованием модели ВЗ; это противоречит идеалам первичной медико-санитарной помощи.

### ВТОРОЙ ЭТАП: РАЗРАБОТКА ПОЛИТИКИ ИЛИ СТРАТЕГИИ

На втором этапе были разработаны возможные стратегии по преодолению выявленных проблем. В разработку этих стратегий были вовлечены работники общественного здравоохранения, представители компаний обязательно медицинского страхования, организаций гражданского

общества, а также заинтересованные стороны из ряда федеральных земель и муниципалитетов. В качестве решения, позволяющего преодолеть создаваемые использованием ВЗ преграды, широко обсуждалось внедрение модели ЭМК. Карточки электронного здравоохранения сопоставимы с карточками медицинского страхования, выдаваемыми компаниями обязательного медицинского страхования, и действуют до 15 месяцев или до формального закрепления правового статуса беженцев. После того как этот статус будет формально закреплён, беженцы перестают зависеть от ВЗ и получают прямой доступ к услугам здравоохранения так же, как и остальные пользователи системы обязательного медицинского страхования (примерно 90% населения). Соответствующее рамочное соглашение заключено между федеральной землей Северный Рейн – Вестфалия и восемью компаниями медицинского страхования. Каждый присоединяющийся к этому соглашению муниципалитет сотрудничает только с одной компанией обязательного медицинского страхования (15). Компания обязательного медицинского страхования в этом случае несет ответственность за выплаты медицинским работникам и получает от муниципалитета возмещение издержек и дополнительных административных расходов. Муниципалитеты, использующие модель ВЗ, обычно берут на себя ответственность за администрирование.

### ТРЕТИЙ ЭТАП: РЕАЛИЗАЦИЯ

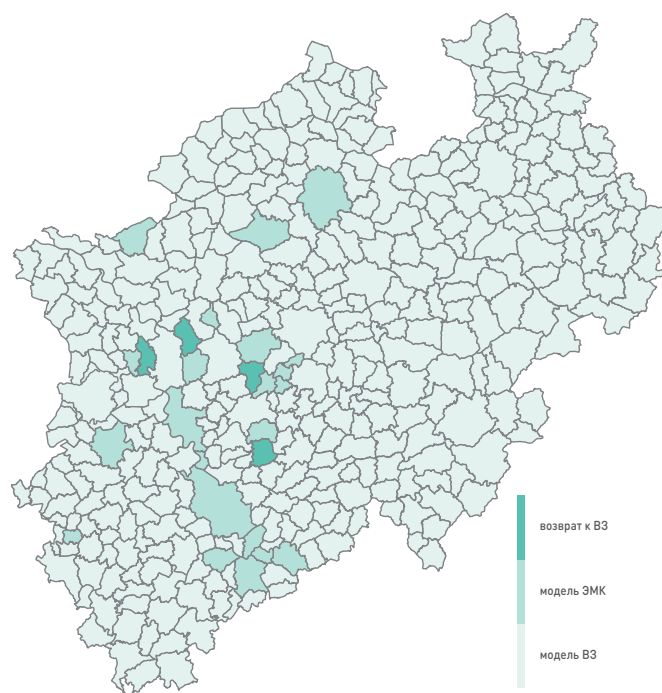
После того как стратегии, подобные внедрению модели ЭМК, будут определены, их необходимо реализовать. В 2005 г. Бремен стал первой федеральной землей Германии, где была внедрена модель ЭМК. Вслед за ним от модели ВЗ отказались приравненные к федеральным землям города Берлин и Гамбург и федеральные земли Бранденбург, Шлезвиг-Гольштейн и Тюрингия. Федеральные земли Нижняя Саксония, Северный Рейн – Вестфалия и Рейнланд-Пфальц внедрили модель ЭМК частично. В этих трех землях были заключены рамочные соглашения с несколькими компаниями медицинского страхования, к которым могут добровольно присоединиться отдельные муниципалитеты федеральных земель. Решение о внедрении ЭМК передано на усмотрение муниципалитетов. Некоторые муниципалитеты в указанных трех землях в настоящее время используют модель ЭМК, в то время как остальные продолжают придерживаться модели ВЗ. В семи федеральных землях (Баден-Вюртемберг, Бавария, Гессен, Мекленбург – Передняя Померания, Саар, Саксония, Саксония-Анхальт) решение либо пока не принято, либо наблюдается сопротивление внедрению модели ЭМК (табл. 1).

ТАБЛИЦА 1. ВНЕДРЕНИЕ МОДЕЛИ ЭМК В ФЕДЕРАЛЬНЫХ ЗЕМЛЯХ ГЕРМАНИИ

Модель ЭМК внедрена на федеральном уровне	Модель ЭМК внедрена на муниципальном уровне	Модель ЭМК не внедрена
Берлин	Нижняя Саксония	Баден-Вюртемберг
Бранденбург	Северный Рейн – Вестфалия	Бавария
Бремен	Рейнланд-Пфальц	Гессен
Гамбург		Мекленбург – Передняя Померания
Шлезвиг-Гольштейн		Саар
Тюрингия		Саксония
		Саксония-Анхальт

В Северном Рейне – Вестфалии муниципалитеты вольны определять модель самостоятельно. Рис. 3 отражает ситуацию в области внедрения модели ЭМК в Северном Рейне – Вестфалии, которой и посвящен данный пример из практики. В целом модель ЭМК внедрили лишь 26 из 396 муниципалитетов в Северном Рейне – Вестфалии, причем четыре из них вернулись к модели ВЗ по истечении примерно одного года. Таким образом, на сегодняшний день модель ЭМК внедрена в 22 муниципалитетах.

РИСУНОК 3. ВНЕДРЕНИЕ МОДЕЛЕЙ ЭМК И ВЗ В МУНИЦИПАЛИТЕТАХ ЗЕМЛИ СЕВЕРНЫЙ РЕЙН – ВЕСТФАЛИЯ, ГЕРМАНИЯ, ФЕВРАЛЬ 2018 Г.



Источник: иллюстрация авторов на основе данных с gadm.org

## ЧЕТВЕРТЫЙ ЭТАП: ОЦЕНКА

Несмотря на то, что все органы местной власти сталкиваются с примерно одинаковыми проблемами, применительно к практической реализации и организации доступа к услугам здравоохранения для беженцев наблюдается значительная неоднородность ситуации между муниципалитетами. Анализ стенограмм интервью показал, что бинарность при выборе модели доступа (ЭМК или ВЗ) не всегда соответствует реальности, поскольку муниципалитеты предлагают собственные решения по организации доступа к услугам здравоохранения для беженцев, выходящие за рамки двух указанных моделей и во многих случаях являющиеся уникальными. Такая неоднородность существовала и до разработки модели ЭМК и повлияла на выбор муниципалитетами модели ЭМК или на желание сохранить модель ВЗ. Объем усилий, необходимых для перехода к модели ЭМК, определялся тем, какова была уже существовавшая структура организации доступа к услугам здравоохранения для беженцев.

Основным аргументом за или против внедрения модели ЭМК послужили соображения относительно сопутствующих расходов и экономической эффективности, соответственно. В частности, административные расходы в рамках соглашений с компаниями обязательного медицинского страхования по модели ЭМК, по расчетам, были существенно выше, чем при использовании модели ВЗ. Однако муниципалитеты сообщили о значительном снижении объемов административной работы после успешного перехода от модели ВЗ к модели ЭМК.

Муниципалитеты, внедрившие модель ЭМК, сообщили о существенном увеличении объемов работы в ходе внедрения. Данные новоприбывших беженцев и тех, кто некоторое время (но не более 15 месяцев) проживал в данных сообществах, необходимо было ввести в систему электронной обработки данных. Для ввода в действие карточки электронного здравоохранения требовалась актуальная паспортная фотография беженца, что в некоторых случаях было сложно осуществить. Эта изначально казавшаяся незначительной проблема в конечном итоге спровоцировала большие сложности для муниципалитетов.

Решающим фактором для успешного внедрения стало наличие тесного взаимодействия и прямого контакта между органами социального обеспечения и ответственной компанией медицинского страхования. Для этого потребовалось назначение постоянно действующих контактных лиц и обеспечение эффективного обмена информацией.

Муниципалитеты, внедрившие модель ЭМК и включенные в данный пример из практики, сообщают о положительном эффекте от внедрения модели ЭМК, а именно об уменьшении нагрузки на работников социальных служб и сокращении расходов. Кроме того, к большому облегчению муниципалитетов решение о предоставлении услуг здравоохранения принимается компанией медицинского страхования. Напротив, сотрудники тех муниципалитетов, где модель ЭМК не внедрена, относятся к этим результатам скептически. Большинство из них не верят, что модель ЭМК способна облегчить их работу или привести к сокращению издержек. Вместо этого, как они полагают, модель ЭМК лишит их контроля над услугами, предоставляемыми беженцам, и приведет к увеличению расходов.

Опрошенные социальные работники сообщали о недискриминационном доступе к услугам здравоохранения (особенно к услугам первичной медико-санитарной помощи) как о преимуществе модели ЭМК, поскольку карточки электронного здравоохранения выглядят и работают так же, как и карточки страхования, имеющиеся у всех пользователей системы обязательного медицинского страхования в Германии. В то же время опрошенные подчеркивали, что прямой доступ к системе здравоохранения посредством карточки электронного здравоохранения, избавляющей от необходимости обращаться в местный отдел социального обеспечения, не приводит к устранению таких существенных преград, как дискриминационные практики записи на прием и существующая неопределенность в отношении того, куда обращаться за помощью. Языковой барьер на пути к услугам здравоохранения также сохраняется независимо от модели.

Социальные работники, опрошенные в муниципалитетах, видят свою роль в первую очередь в том, чтобы способствовать удовлетворению потребностей и защите прав беженцев. Если беженцам требуется поддержка в вопросах, связанных с системой здравоохранения, в первую очередь обычно обращаются именно к социальным работникам. Система здравоохранения является для беженцев новой и может значительно отличаться от того, с чем они уже знакомы. Социальные работники сообщали о наблюдающейся среди беженцев значительной неуверенности в том, какие услуги здравоохранения имеются в наличии и каковы их права и возможности доступа. С точки зрения социальных работников, отсутствие каких-либо рекомендаций в этом отношении может приводить к неиспользованию услуг, вне зависимости от модели доступа. Таким образом, местная инфраструктура поддержки на уровне муниципалитетов играет важную роль в обеспечении доступа



к услугам здравоохранения для беженцев. Для гарантированного обеспечения легкого доступа к услугам здравоохранения необходима тесная связь между социальными службами, социальными работниками и врачами (или иными поставщиками услуг). В частности, повышению качества помощи беженцам может способствовать эффективное взаимодействие между отделами социального обеспечения и поставщиками услуг.

Кроме того, опрошенные отмечали, что важной проблемой является финансирование работы и наличие переводчиков. При отсутствии переводчика обращение за лечением зачастую оказывается невозможным. Это затрудняет доступ к необходимой медицинской помощи как во внедривших, так и в не внедривших карточки электронного здравоохранения сообществах. Кроме того, ограничения нормативно-правового порядка (в соответствии с разделами 4 и 6 Закона о предоставлении помощи лицам, ищущим убежища) также были указаны в числе факторов, вызывающих сомнения у всех участников – и врачей, и социальных работников, и беженцев. Многие опрошенные, таким образом, высказывались за равные права и равный доступ к услугам системы здравоохранения, независимо от того, насколько долго человек проживает в Германии.

## ВЫВОДЫ

Доступ к услугам первичной медико-санитарной помощи зависит не только от местной модели доступа, но также и от деталей ее внедрения. Неоднородность обеих моделей доступа и местных решений, таким образом, выходит за рамки бинарного варианта (модель ЭМК или модель ВЗ). Нежелание муниципалитетов внедрять модель ЭМК может отчасти объясняться обеспокоенностью по поводу дополнительных расходов и неуверенностью в реальном улучшении ситуации с доступом к услугам здравоохранения при внедрении карточки электронного здравоохранения. С учетом того, что воздействие той или иной модели на доступ к услугам первичной медико-санитарной помощи для беженцев не подвергалось тщательному изучению, разные муниципалитеты продолжают подчеркивать преимущества применяемой на местном уровне модели ЭМК или ВЗ. В настоящее время ведутся исследования, учитывающие точку зрения беженцев на то, как наилучшим образом организовать их доступ к услугам первичной медико-санитарной помощи, а также проводится анализ данных об обращениях.

Настоящий пример из практики имеет свои ограничения. Во-первых, применялся качественный изыскательский подход с использованием небольшого числа интервью. По этой причине исследование не может считаться репрезентативным. Во-вторых, нельзя исключить систематическую ошибку отбора, поскольку велика вероятность того, что в исследовании охотнее принимали участие муниципалитеты, удовлетворенные используемой ими моделью доступа.

Наконец, ни одна из внедряемых моделей доступа не может компенсировать существующие юридические ограничения прав на получение услуг здравоохранения, с которыми сталкиваются беженцы в Германии. Повышение доступности первичной медико-санитарной помощи является одной из долгосрочных целей, для достижения которой требуется политическая воля к изменению существующей политики. Муниципалитеты могут организовать доступ к услугам здравоохранения исключительно в соответствии с федеральным и национальным законодательством.

Этот пример из практики посвящен воздействию вмешательства в области политики на доступ к услугам здравоохранения для беженцев. Во-первых, при выборе модели доступа муниципалитеты в первую очередь ориентируются на анализ соответствующих издержек. Таким образом, национальная и федеральная политика призвана гарантировать, что расходы на здравоохранение не станут для муниципалитетов непосильным бременем, независимо от внедряемой модели. Во-вторых, ключом к успешному внедрению является тесное сотрудничество между органами социального обеспечения и соответствующей компанией медицинского страхования. В-третьих, коллективный опыт муниципалитетов, где уже внедрена модель ЭМК, может помочь при смене модели доступа в других муниципалитетах. Наконец, опрошенные призывают к отмене ограничений в рамках Закона о предоставлении помощи лицам, ищущим убежища, с целью облегчить доступ к услугам первичной медико-санитарной помощи для беженцев.

**Выражение признательности:** отсутствует.

**Источники финансирования:** исследование финансируется Министерством культуры и науки федеральной земли Северный Рейн-Вестфалия.

**Конфликт интересов:** не заявлен.



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

## БИБЛИОГРАФИЯ<sup>1</sup>

- Norredam M, Mygind A, Krasnik A. Access to health care for asylum seekers in the European Union- A comparative study of country policies. *Eur J Public Health*. 2006;16(3):285–9. doi: 10.1093/eurpub/cki191.
- Razum O, Bozorgmehr K. Restricted entitlements and access to health care for refugees and immigrants: the example of Germany. *Glob Soc Policy*. 2016;16(3):321–4. doi: 10.1177/1468018116655267.
- Mayring P. *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken [Qualitative analysis: basics and techniques]*. Weinheim and Basel: Beltz; 2015.
- Institute of Medicine. (US) Committee for the Study of the Future of Public Health. *The future of public health*. Washington (DC): National Academy Press; 1988. doi: 10.17226/1091. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK218218>).
- Kolip P. Evaluation, Evidenzbasierung und Qualitätsentwicklung: zentrale Herausforderungen für Prävention und Gesundheitsförderung [Evaluation, evidence base and quality development: key challenges for disease prevention and health promotion]. *Prävention und Gesundheitsförderung* 2006;1(4):234–9.
- Rosenbrock R. *Public Health als soziale Innovation [Public health as a means of social innovation]*. *Gesundheitswes*. 1995;57:140–4.
- Алма-Атинская декларация, 1978 г. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 1978 (<http://www.euro.who.int/ru/publications/policy-documents/declaration-of-alma-ata-1978>).
- Bauhoff S, Göppfarth D. Asylum-seekers in Germany differ from regularly insured in their morbidity, utilizations and costs of care. *PLoS One*. 2018;13(5):1–11 (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0197881>).
- Bozorgmehr K, Schneider C, Joos S. Equity in access to health care among asylum seekers in Germany: evidence from an exploratory population-based cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*. 2015;15(1):502. doi: 10.1186/s12913-015-1156-x.
- Wenner J, Razum O, Schenk L, Ellert U, Bozorgmehr K. Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aus Familien mit ungesichertem Aufenthaltsstatus im Vergleich zu Kindern mit und ohne Migrationshintergrund: Auswertung der KiGGS-Daten 2003–06. *Bundesgesundheitsblatt–Gesundheitsforsch–Gesundheitsschutz*. [Health of children and adolescents from families with uncertain residential status compared to children with or without a migrant background: Evaluation of KiGGS data 2003–06]. 2016;59(5):627–35.
- Weising U. Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer “Versorgung von nicht regulär krankenversicherten Patienten mit Migrationshintergrund”. [Statement of the Central Commission for the Safeguarding of Ethical Principles in Medicine and its Adjacent Areas (Central Ethics Commission) at the German Medical Association: “Healthcare for patients with a migrant background that do not have regular health insurance coverage “]. *Dtsch Arztebl*. 2013;110(18):A899–903.
- Spura A, Kleinke M, Robra B-P, Ladebeck N. Wie erleben Asylsuchende den Zugang zu medizinischer Versorgung? [How do asylum-seekers experience the access to healthcare?]. *Bundesgesundheitsblatt–Gesundheitsforsch–Gesundheitsschutz*. 2017;60(4):462–70.
- Bozorgmehr K, Razum O. Effect of restricting access to health care on health expenditures among asylum-seekers and refugees: a quasi-experimental study in Germany, 1994–2013. *PLoS One*. 2015;10(7):e0131483. doi: 10.1371/journal.pone.0131483.
- Claassen K. Impact of the introduction of the electronic health insurance card on the use of medical services by asylum seekers in Germany. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(5):E856. doi: 10.3390/ijerph15050856.
- Rahmenvereinbarung zur Übernahme der Gesundheitsversorgung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung nach § 264 Absatz 1 SGB V in Verbindung mit §§1,1a Asylbewerberleistungsgesetz in Nordrhein-Westfalen. Anlage 1. [Framework Agreement on Health Coverage for Exempts in return for Reimbursement of Costs pursuant to Section 264 para. 1 of the Social Security Code in conjunction with Sections 1 and 1a of the Asylum Seeker Benefits Act in North Rhine-Westphalia. Appendix 1]. Düsseldorf: Ministry of Labour, Health and Social Affairs of North Rhine-Westphalia; 2015. ■

<sup>1</sup> Все ссылки приводятся по состоянию на 10 декабря 2018 г.

## CASE STUDY AND LESSONS LEARNT

# Improving the quality of Primary Health Care through the reform of Medical Education in Tajikistan

Helen Prytherch<sup>1,2</sup>, Renato L. Galeazzi<sup>1,2</sup>, Mouazamma Djamalova<sup>3</sup>, Nargis Rakhmatova<sup>4</sup>, Zukhra Kasymova<sup>4</sup>, Greta Ross<sup>4</sup>, Shakhlo Yarbaeva<sup>4</sup>, Kaspar Wyss<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Swiss Tropical and Public Health Institute, Basel, Switzerland

<sup>2</sup> University of Basel, Basel, Switzerland

<sup>3</sup> Swiss Cooperation Office, Dushanbe, Republic of Tajikistan

<sup>4</sup> Representative Office of Swiss Tropical and Public Health Institute, Dushanbe, Republic of Tajikistan

Corresponding author: Helen Prytherch (email: helen.prytherch@swisstph.ch)

## ABSTRACT

**Background:** Tajikistan inherited a highly centralized, hospital-centred health system from the Soviet Union. Following its collapse and the ensuing civil war, a poverty reduction programme was launched, which included a major health-sector reform (HSR). The Swiss Agency for Development and Cooperation has been supporting the Government of Tajikistan in its development of health sector for over 20 years. This manuscript shares insights from the more specific task of reforming medical education, to create well-trained family doctors and nurses to deliver quality primary health care (PHC).

**Approaches and Results:** We describe and analyse four concurrently pursued health workforce interventions: (i) undergraduate curriculum reform to strengthen the clinical skills of both doctors and nurses; (ii) a two-year specialty training program in family medicine at post-graduate level, successfully training over 100 family doctors for rural areas; (iii) the concept of peer groups for family doctors and nurses as a low-cost, high-potential option for continuing professional development (CPD); (iv) an initiative

whereby newly trained family doctors and nurses are mentored by more experienced peers.

**Conclusion:** Progress has been made to reform both undergraduate and post-graduate training, and to establish a mentoring programme for family doctors and nurses. These gains, which could be of wider interest to other countries in the region working on similar reforms, nonetheless remain fragile. Securing political commitment and predictable financing in the mid to long term will be critical for ensuring the quality of medical education at undergraduate level, and making the economic case that the higher costs of running a structured, well supervised clinical post-graduate two-year programme are justified by the resulting benefits from better quality PHC. Finally, with regards to CPD, it will take more time for innovative options like self-directed learning through peer groups to gain the recognition currently bestowed on traditional CPD focusing on theoretical, specialized knowledge.

**Keywords:** PRIMARY HEALTH CARE, FAMILY MEDICINE, MEDICAL EDUCATION REFORM, TAJIKISTAN, HEALTH-SECTOR REFORM

## BACKGROUND

The Republic of Tajikistan inherited a highly centralized, hospital-centred health system from the Soviet era, which afforded a lot of prestige to highly specialized clinicians. These specialists mainly worked in general and specialized hospitals in bigger cities, as well as at district and sub-district levels. Primary health care (PHC) was mostly provided by feldshers and midwives as the first point of contact for the rural population (1). These staff could provide basic assistance, but their main task was to triage patients for referral to the specialists. After the collapse

of the Soviet Union, and especially during the ensuing civil war (1992–1997), this system disintegrated as funding stopped, and many health care workers emigrated or left the sector. After the peace treaty in 1997, the international community started to support Tajikistan with a poverty reduction programme. This programme included a major health-sector reform (HSR), which sought to establish a PHC system based on family medicine, with family doctors and nurses as the backbone of service delivery.

The Swiss Agency for Development and Cooperation (SDC) has been a key partner over the last 20 years in supporting

the Government of Tajikistan in the development of its health sector. After an initial emphasis on creating a basic, functioning infrastructure, it became clear that the delivery of quality family medicine that was affordable, accessible and accountable could only be achieved with a well-trained workforce of family doctors and nurses, and an urgent reform of the medical education sector was therefore needed.

The SDC has been supporting the Ministry of Health and Social Protection (MoHSP) and associated institutions, as well as the Ministry of Education in the complex process of reforming the undergraduate and post-graduate education of family doctors and nurses, as well as their continuing education, since 2009. This article describes and analyses four concurrently implemented interventions as part of a comprehensive approach to strengthen the capacities of family doctors and nurses to deliver quality care at PHC level, with the aim of sharing progress made, challenges faced and lessons learnt.

## APPROACHES AND RESULTS

### 1. UNDERGRADUATE TRAINING FOR MEDICAL AND NURSING STUDENTS

Undergraduate training in Tajikistan traditionally focused on rote learning and the acquisition of theoretical knowledge. Following a curriculum reform in 2010, the emphasis on both problem-based learning and practical, clinical skills has increased. These changes were introduced at the Tajik State Medical University (the sole provider of medical training until 2016) and included skills teaching in a clinical laboratory from the third year, leading up to practical placements at central and peripheral hospitals and polyclinics in the sixth and final undergraduate study year. Tajikistan currently has 132 clinical training bases situated at 58 medical facilities in 17 districts and towns that are accepting medical students for their practical sixth year placements. Moreover, the Tajik State Medical University has now introduced the Bologna Process credit system, added the Objective Structured Clinical Examination (OSCE) to its assessment repertoire for all clinical topics, and improved the monitoring and assessment of the training quality delivered by decentralized clinical training base tutors.

With regards to nursing, students are trained in nursing colleges, which are, albeit to a more limited extent, equipped with clinical training bases. In these colleges, the nursing and midwifery tracks follow a common curriculum in the first three years, after which the students enrol in their respective specialty training for their fourth and final year (2). Support

has focused on strengthening the teaching competencies of the nurse tutors at the colleges in the cities of Dushanbe and Kulob. This capacity-building programme has been led by nurse practitioners from Switzerland to foster greater prestige and recognition of the role of the family nurse.

### 2. POST GRADUATE SPECIALTY TRAINING FOR FAMILY DOCTORS

At post-graduate level, the Post Graduate Medical Institute (PGMI) has supported a two-year specialty training for family doctors since 2013. This specialty training in family medicine, [Clinical Ordinatura] comprises a theoretical component (20%) that is taught at the Institute or through its trainers at peripheral clinical training bases. Practical, clinical teaching takes place in polyclinics and rural health centres, and is delivered by trained and certified family doctors (called clinical tutors) under the supervision of the PGMI. The residents [ordinators] are integrated into the PHC team with growing responsibility over the course of the two years. Table 1 shows the number of residents that entered, and completed, this specialty training.

TABLE 1. NUMBER OF RESIDENTS ENTERING AND LEAVING THE TWO-YEAR SPECIALTY TRAINING FOR FAMILY DOCTORS

Year	Number of residents entering the two-year specialty training	Number completing the course as trained family doctors
2013–2015	20	20
2014–2016	30	30
2015–2017	30	29
2016–2018	31	26
2017–2019	37	Training on-going
2018–2020	22	Training on-going

### 3. CONTINUING PROFESSIONAL DEVELOPMENT

The traditional form of continuing professional development (CPD) is based on one or two months of theoretical courses that are taken every five years. These courses are primarily taught at an institution in the capital Dushanbe, but also in some other cities (Khuchand, Kulob, Khorog), and conclude with an examination. They enable doctors to gain a promotion to a higher level of income, focus on knowledge rather than competencies, and are highly prone to non-transparency and corruption. Other listed official CPD options like participation in an international conference or publications are generally beyond the scope of family doctors.

With Swiss support, the concept of peer groups has been introduced. These are groups of family doctors and/or nurses, usually from the same or neighbouring geographical districts, that meet on a regular, usually monthly, basis to discuss clinical topics and find solutions to problems faced in everyday practice. A facilitator is chosen by each peer group on a rolling basis to help coordinate meetings and thereby they require very little cost-input and have a high potential to become sustainable. Table 2 shows the number of family doctors and nurses that have been included in these groups in seven pilot districts. In 2018 the MoHSP took the step of piloting a credit-based system for CPD, which includes peer groups as a recognized option.

**TABLE 2. NUMBER OF FAMILY DOCTORS AND NURSES INVOLVED IN A PEER GROUP, THE NUMBER OF PEER GROUPS, AND THE FREQUENCY OF MEETINGS (BY YEAR)**

Year	Number of doctors in a peer group	Number of nurses in a peer group	Number of peer groups	Total number meetings/year
2013	200	151	31	312
2014	226	181	38	384
2015	267	196	43	456
2016	284	235	52	539
2017	292	245	56	624
2018	345	331	64	684

#### 4. MENTORING OF NEWLY TRAINED FAMILY DOCTORS BY MORE EXPERIENCED PEERS

The mentoring of newly trained family doctors by more experienced peers initiative, where Swiss family doctors visit individual, newly certified Tajik family doctors and follow their daily activities over a three week period, was started in 2007. The main intervention is the feedback and exchange that takes place directly with the Tajik family doctor, complemented with some clinical skills teaching. This approach was very important at the outset of the intervention, when there was still a scarcity of local role-model family doctors. In recent years, this mentoring programme has been expanded to include Tajik family doctors with extensive experience and a high standing, as mentors. In January 2018 the MoHSP signed Order 186 [Polozheniye] for implementing a nationwide mentoring programme for both family doctors and nurses based on the mentoring guide developed by the Republican Clinical Centre for Family Medicine, and the experiences of this initiative.

## DISCUSSION

### PROGRESS AND CHALLENGES

Measuring quality changes in medical education is a notoriously difficult undertaking, with the ultimate outcome revealing itself only in the course of time through health statistics. There are, however, some useful tools. One of these is the Dundee Ready Educational Environment Measure (DREEM) which is an internationally accepted and validated generic instrument for measuring students' perceptions of the educational environment at health training institutions (3). There is also the Mini Clinical Evaluation Exercise (Mini-CEX), which is a feedback instrument that can be applied in daily clinical practice. These tools have already been implemented in the assessment of the changes in medical education in Tajikistan, in studies discussed below. For each of these studies a cited full study report is available, ethical procedures were followed and they were approved by the MoHSP.

The 2017 Demographic and Health Survey for Tajikistan already showed important improvements in health outcomes for mothers and children – indicators that are highly sensitive to capacities and quality of care at the PHC level. It indicates that under-five mortality rates have declined from 51 deaths per 1000 live births in the 2003–2007 survey to 33 deaths per 1000 live births in the new 2013–2017 survey. According to these surveys, some indicators of maternal health have also improved, including the number of antenatal care visits, or births occurring in a health facility, although there is no information regarding perinatal maternal death. This aside, most of the surrogate markers for health reported in the survey have shown an improvement (4).

#### 1) UNDERGRADUATE, BASIC EDUCATION

##### *a. Progress with medical students*

The most important progress made in regards to the undergraduate intervention is that the Tajik State University of Medicine has introduced a transformed, modern curriculum, ready for international accreditation, as well as improved interactive teaching methods and the OSCE for skills assessment. The main improvements include the establishment of clinical skills training and the hands-on training of sixth year students in hospitals both in Dushanbe and rural districts. Moreover, a learning management system has been introduced, which allows students to access course material and digital resources.

The knock-on effect is that more broadly educated and clinically superior students graduate and enter the post-graduate specialty training. It has also had interesting consequences on the teaching institutions, as the clinical teachers received an intensive, additional education in clinical skills teaching to prepare them to act as OSCE examiners. There is also anecdotal evidence that clinical teachers now feel more challenged by the students, thereby increasing their own knowledge and strengthening their skills.

#### *b. Progress with nursing students*

The teaching skills of nursing tutors have been intensively improved at two nursing colleges in Dushanbe and Kulob. An ensuing DREEM study measured the perception of the educational environment of second and fourth year family nursing students using five subscales: learning, teaching, academic self-perception, atmosphere and social self-perception. Improvements were shown across all sub-scales; most notably regarding student perceptions of learning possibilities, student-centred teaching and pedagogical “soft” skills, quality of teaching materials and available infrastructure, fairness of examination practice and existence of a student support system (5).

#### *c. Challenges with medical students*

Unfortunately, very little clinical skills training with real patients takes place in early undergraduate years, however exposure to the university’s clinical skills laboratory is being introduced from year three and skills training in the lab continues into the final year, (year six) when students also rotate through five months of practical placements. Nevertheless there is still insufficient collaboration between training institutions, and hospitals and policlinics. Therefore, the overall exposure of students to patients is still suboptimal and needs to be monitored closely. In particular, although the final year is called the practical year, due to financial constraints and the limited number of clinical training sites, the duration of practical work is currently only five months, albeit with every effort being made to bring it to at least nine months.

In the past, the main methods used to assess students’ clinical skills were oral interviews and written test questions. While there is some progress in building faculty expertise in OSCE principles and technique, and in using the In-service Training Evaluation Report as the formative assessment of final year

students these changes will take considerable time to become fully established in this context.

#### *d. Challenges with nursing students*

In the context of the on-going reforms, the education of nurses has unfortunately received insufficient attention, with the profession largely overlooked by the medical society. The above-mentioned DREEM study showed persisting difficulties with nurse training, with for example, insufficient clinical exposure, weak faculty pedagogical competencies and only limited acceptance of competency-based learning. Family nurses also continue to lack empowered role models as they are largely taught by physicians.

However, from a societal perspective, nursing – alongside teaching – was among the first and still rare professions where women have managed to carve a role for themselves in Tajikistan. In rural areas it is mainly nurses and teachers that are selected to represent the interests of their communities in village organizations or committees.

## 2) POST-GRADUATE SPECIALTY TRAINING

#### *a. Progress*

A comparison between DREEM surveys carried out among residents of the two-year *Ordinatura* and interns of the traditional one-year specialty training internship [*Internatura*] found that:

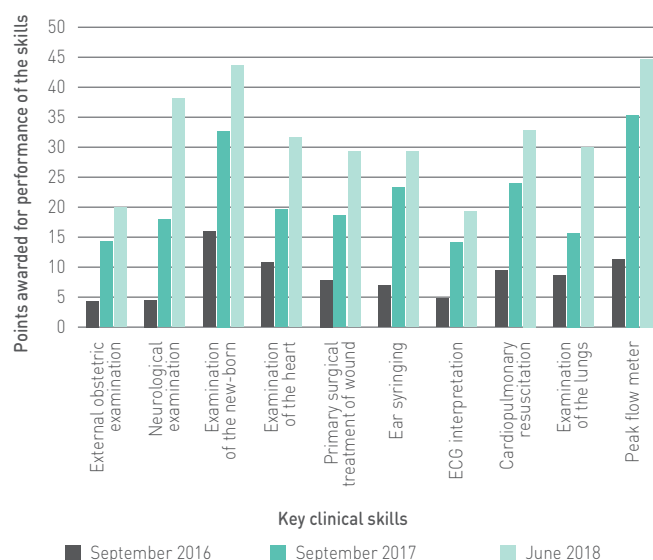
- i) The highly practical two-year specialty training in family medicine scored significantly higher than the one-year *Internatura*, especially in categories related to practical teaching and learning.
- ii) The residents in the two-year programme reported a higher satisfaction with clinical exposure, skill development and role autonomy during practical work (6).

Fig.1 shows the improvement of the 2016–2018 cohort of 26 residents in performing 10 key clinical skills at their entrance into the two-year programme, and at the end of the first and second years.

The two-year specialty training programme has been completed by 105 residents so far (Table 1), with all of them deployed by the MoHSP to work as family doctors in rural districts. Local health administrators are very pleased to have



**FIG. 1 COMPARISON OF PERFORMANCE IN 10 KEY CLINICAL SKILLS BY RESIDENTS AT THE START, MID-POINT AND END OF THE TWO YEAR SPECIALTY TRAINING**



young family doctors in their PHC facilities. In some districts, these trained and certified new family doctors have been the first to join the PHC workforce in over 10 years.

The MoHSP is currently establishing regulations in the area of medical education, particularly for post-graduate speciality training for all doctors, and reviewing health worker training programmes in relation to staffing needs. The two-year speciality training for doctors in family medicine is being offered as a template for similar programmes for other specialties.

#### *b. Challenges*

Unfortunately, after the change of the undergraduate curriculum that aimed at forming unspecialized, generic graduates with a basic medical education, the momentum was not immediately there to take the next logical step of updating the post-graduate specialty training accordingly. This meant that most of the new programme graduates went on to enrol onto a one-year Internatura and received the title of a specialist. This contravened the World Federation of Medical Education (WFME) standards and practice. This has now been partially addressed by the creation of the two-year speciality training in family medicine. However, this has still not been rolled out to the whole country, and furthermore, by international standards, two years is still very short for speciality training. In addition, the MoHSP has not yet taken the step of making it a requirement that all speciality training is at least two years long, although a working group has been

created at the MoHSP to develop a regulation to permit such training for all specialties. However, the concern remains that if international support were to withdraw then this two-year Ordinatura would not be sustained.

### **3) CONTINUING PROFESSIONAL DEVELOPMENT**

#### *a. Progress*

A 2017 study found that family doctors in districts with peer groups were more involved in CPD activities and perceived the flexible choices of the content and timing of CPD meetings and types of CPD events positively. Conversely, family doctors from districts without peer groups complained about the lack of sufficient exposure to clinical updates and limited topic choices. As in other countries in the region, financial issues and the distance to CPD events were also reported to be major barriers in their participation, in the traditional CPD system (7).

#### *b. Challenges*

To build a system of CPD that meets WFME standards and applies modern adult learning theory, the MoHSP needs to introduce a transparent, nationwide credit-based CPD system for all specialties. The on-going MoHSP pilot system of credit-based CPD for family doctors and nurses that is taking place in one district will be evaluated after one year, with the view of introducing the system to the whole country. It has to be conceded however, that there is still considerable vested interest in the present and corruption-prone system whereby doctors simply pay to complete courses and in doing so retain or improve their place in the salary system. Other difficulties may lie in the reluctance of specialists to engage in protracted training, as well as the present lack of high-quality training sites and trainers. Additionally, in the long term, the role of professional associations needs to be strengthened and an independent agency of accreditation established to assure the quality of CPD provided by teaching institutions.

### **4) MENTORING OF FAMILY DOCTORS BY MORE EXPERIENCED PEERS**

#### *a. Progress*

More than 225 family doctors were mentored at least once between 2007 and 2018. One group of family doctors that were mentored more than once between 2015 and 2017 were found to have important improvements in communication skills (history-taking and consultation skills), physical

examination, therapeutic skills and especially in skills of clinical reasoning. These improvements were captured through the repeated application of the MiniCEX feedback instrument, complemented by documentation related to the direct observation of the family doctor's daily work (8).

### *b. Challenges*

While it is a positive development that the mentoring is now evolving to include local, trained mentors, it is critical that these mentors are well chosen and fulfil certain requirements such as ample experience in family medicine, clinical skills, and being well respected among their peers. In the somewhat punitive system found in Tajikistan, as in many other post-Soviet countries, where input from a superior is primarily associated with blame and fault-finding, there are some concerns as to whether mentoring from peers will be as well accepted as that offered by international family doctors. It is therefore also highly important to clearly separate mentoring from supervision or monitoring, as these are unfortunately deeply ingrained as controlling practices in the health sector of Tajikistan.

## REMAINING CHALLENGES

Despite the MoHSP's efforts and above-discussed positive progress, the health system in Tajikistan continues to suffer the effects of chronic underfunding, resulting in distorted accountabilities and aberrant incentives. This manifests itself in the persisting view that patients are a source of income; just as the medical education system perceives students as a source of income. Controlling supervision visits from central level often result in the blaming and fining of family doctors, for example for having failed to keep pace with the high level of paper work required for each patient. Additionally, the rights of doctors need to be better protected, as blame is often placed on the family doctor for mistakes made by specialists or hospitals, which also contributes to the low number of graduates choosing family medicine.

There is a collision of vested interests and competing agendas between the Health, Education, Labour and Finance sectors. The Ministry of Trade and Economic Development expects a high number of undergraduate students as they pay fees, which provide important income for the medical universities and nursing colleges. As with other countries in the region, this makes it difficult to reduce the high numbers of students, which would be essential in improving the quality of medical education. Despite the high number of medical graduates, too few are interested in working in family medicine over selecting a narrow specialism, because of the persistently low status of family medicine and perceived onerous work and low pay in

PHC. In addition, there are only limited possibilities for family doctors to earn additional fees from patients for tests and procedures. Moreover, the issue of inter-personal relationships, trust and respect between family doctors, nurses and patients remain critical challenges in the face of the country's aspiration to achieve Universal Health Coverage. Finally, the health sector is deeply compromised by the continuing brain drain of well-qualified staff to other countries, mainly Russia, where income is much higher.

## CONCLUSION

Strategic leadership is essential for the future of Health Care in Tajikistan, and in sustaining the reform progress that has been achieved to date. As with other countries in the region the questions of predictable and increased financing remain critical, and will require a greater involvement of the Ministries of Finance, Trade and Economic Development. Beyond the adequate financing of the health system, and particularly PHC, medical education in Tajikistan needs to continue evolving in the right direction, as highlighted in those parts of the country where good educational programmes are thriving. A nuanced approach is needed so that international standards are applied, yet adapted to Tajik realities. It is encouraging for Tajikistan and beyond, that the Tajik State Medical University has succeeded in implementing fundamental changes and the modernization of its curricula; this same progress needs to be extended with likewise vigour to the post-graduate Ordinatura and CPD programmes. This will require reinforced efforts towards good governance, through clear policies and regulations, and the strengthening of regulatory functions and mechanisms overseeing and monitoring health professional performance and the delivery of quality services. Independent accreditation agencies and professional associations in charge of professional licenses will all have important roles to play in these future developments.

Tajikistan's many years of experience with such reforms are of wider interest to other post-Soviet countries engaged in similar processes. Most notably, this experience confirms that medical education reform is a complex, generational process that requires consistent, reinforced support over decades, as well as a stepwise coordination between all institutions and professions involved. Given time and continued support, a country like Tajikistan can reap the benefits, as increased numbers of well-trained family doctors and nurses start to come through the system, embrace their professions and deliver accountable, high quality – and thus more cost-efficient – PHC services to citizens in rural areas where the need is greatest.

**Acknowledgements:** The routine monitoring work of Dr Dilbar Davlyatova presented in Fig. 1 is gratefully acknowledged.

**Sources of funding:** The findings and experiences reported in this paper have been generated in the frame of the Medical Education Reform Project – an implementation mandate running over three phases, which is financed by the Swiss Agency for Development and Cooperation (Credit proposal 7F-07030.03.01, Contract nr.81037114).

**Conflict of interests:** None declared.

**Disclaimer:** The authors alone are responsible for the views expressed in this publication and they do not necessarily represent the decisions or policies of the World Health Organization.

## REFERENCES<sup>1</sup>

1. Kühlbrandt C, Boerma W. Primary care reforms in countries of the former Soviet Union: success and challenges. *Eurohealth Incorporating Euro Observer* 2015; 21(2): 3–7 (<https://www.nivel.nl/node/2430?database=ChoicePublicat&preref=5881>).
2. Parfitt BA, Cornish F, 2007. Implementing family health nursing in Tajikistan: from policy to practice in primary health care reform. *Soc Sci and Med* 65: 1720-1729. doi: 10.1016/j.socscimed.2007.06.007.
3. Roff S: The Dundee Ready Educational Environment Measure (DREEM)-a generic instrument for measuring students' perceptions of undergraduate health professions curricula. *Med Teach* 2005;27:322-325. doi: 10.1080/01421590500151054.
4. Statistical Agency under the President of the Republic of Tajikistan MoHSP and ICF: Tajikistan Demographic and Health Survey 2017: Key Indicators. Rockville, Maryland, USA: Statistical Agency under the President of the Republic of Tajikistan (SA), Ministry of Health and Social Protection of Population of the Republic of Tajikistan (MoHSP) and ICF; 2018 (<https://dhsprogram.com/pubs/pdf/PR93/PR93.pdf>).
5. Schubiger M, Khamidova M, Van Twillert E, Lechthaler F: Evaluation of the Educational Environment of the Nursing Colleges in Dushanbe and Kulob in Tajikistan. Basel, Switzerland; Dushanbe, Tajikistan: Swiss Tropical and Public Health Institute; 2016.
6. Menges D, Kasymova Z, Von Twillert E: Evaluation of the Learning Environment of Residents in Family Medicine Specialty Training Programs in Tajikistan. Basel, Switzerland; Dushanbe, Tajikistan: Swiss Tropical and Public Health Institute; 2015.
7. Rakhmatova N, Lechthaler F, Yarbaeva S, Mueller A: Evaluation of the challenges of Continuing Medical Education among family doctors in pilot and non-pilot districts of the Republic of Tajikistan. Basel, Switzerland; Dushanbe, Tajikistan: Swiss Tropical and Public Health Institute; 2017.
8. Mortaz Hejri S, Jalili M, Shirazi M, Masoomi R, Nedjat S, Norcini J: The utility of mini-Clinical Evaluation Exercise (mini-CEX) in undergraduate and postgraduate medical education: protocol for a systematic review, *Syst Rev* 2017; 6: 146. doi: 10.1186/s13643-017-0539-y. ■

<sup>1</sup> All references were accessed 6 December 2018.

## ПРИМЕР ИЗ ПРАКТИКИ И ИЗВЛЕЧЕННЫЕ УРОКИ

### Повышение качества первичной медико-санитарной помощи через реформу медицинского образования в Таджикистане

Helen Prytherch<sup>1,2</sup>, Renato L. Galeazzi<sup>1,2</sup>, Муазамма Джамалова<sup>3</sup>, Наргис Рахматова<sup>4</sup>, Зухра Касымова<sup>4</sup>, Greta Ross<sup>4</sup>, Шахло Ярбаева<sup>4</sup>, Kaspar Wyss<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Швейцарский институт тропической медицины и общественного здравоохранения, Базель, Швейцария

<sup>2</sup> Базельский университет, Базель, Швейцария

<sup>3</sup> Швейцарское агентство по вопросам развития и сотрудничества, Швейцарское бюро по сотрудничеству, Душанбе, Республика Таджикистан

<sup>4</sup> Представительство Швейцарского института тропической медицины и общественного здравоохранения, Душанбе, Республика Таджикистан

Автор, отвечающий за переписку: Helen Prytherch (адрес электронной почты: helen.prytherch@swisstph.ch)

## АННОТАЦИЯ

**Исходная информация.** От советской эпохи Таджикистан унаследовал в высшей степени централизованную, функционирующую на базе стационаров систему здравоохранения. После распада СССР и последовавшей за этим гражданской войны в стране была начата программа сокращения бедности, включавшая масштабную реформу сектора здравоохранения (РСЗ). Вот уже более 20 лет Швейцарское агентство по вопросам развития и сотрудничества оказывает поддержку Правительству Таджикистана в усилиях по развитию сектора здравоохранения. В данной работе представлены результаты одной из конкретных задач этого процесса – реформы медицинского образования с целью подготовки квалифицированных семейных врачей и медсестер в рамках системы первичной медико-санитарной помощи (ПМСП).

**Подходы и результаты.** В работе представлен анализ четырех параллельных инициатив: (i) реформа программы додипломного образования в целях укрепления клинических навыков врачей и среднего медицинского персонала; (ii) двухгодичная программа последипломной специализированной подготовки по семейной медицине, в рамках которой подготовлено более 100 семейных врачей для работы в сельских районах; (iii) концепция создания групп «Равный равному» (ГРР) для работы с семейными врачами и медсестрами как низкочастотная, обладающая высоким потенциалом модель непрерывного профессионального

развития (НПР); (iv) инициатива наставничества, в рамках которой недавно завершившие обучение семейные врачи и медсестры получают поддержку более опытных коллег.

**Выводы.** В стране достигнут прогресс в области реформирования систем додипломного и последипломного образования и внедрения программы наставничества для семейных врачей и медсестер. Тем не менее эти достижения, которые могут быть интересны другим странам в регионе, осуществляющим аналогичные реформы, все еще носят неустойчивый характер. Для обеспечения качества додипломного медицинского образования и экономического обоснования того, что более высокие затраты на внедрение структурированной, эффективно контролируемой двухгодичной программы последипломного специализированного образования оправданы с точки зрения потенциальных преимуществ более качественной ПМСП, необходимы политические обязательства и предсказуемое финансирование на среднесрочную и долгосрочную перспективу. И наконец, что касается НПР, потребуется время для того, чтобы новаторские модели, такие как самостоятельное обучение при поддержке ГРР, получили такое же признание, какое имеет ныне функционирующая традиционная система НПР, основанная на получении теоретических, специализированных знаний.

**Ключевые слова:** ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ, СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА, РЕФОРМА МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ, ТАДЖИКИСТАН, РЕФОРМА СЕКТОРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

## ИСХОДНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

От советской эпохи Республика Таджикистан унаследовала в высшей степени централизованную, функционирующую на базе стационаров систему здравоохранения,

в которой наиболее престижной считалась профессия врача узкой специализации. Эти специалисты преимущественно работали в общих или специализированных стационарах в крупных городах, а также в учреждениях районного уровня и джамоатов. Первичная

медико-санитарная помощь (ПМСП) сельским жителям обычно предоставлялась фельдшерами и акушерами в месте первого контакта (1). Эти сотрудники могли предложить базовую помощь, однако их основная задача состояла в сортировке и перенаправлении пациентов к узким специалистам. После распада СССР, и особенно после гражданской войны в Таджикистане (1992–1997 гг.), эта система распалась ввиду прекращения финансирования, и многие работники здравоохранения эмигрировали или устроились на работу в других отраслях. После подписания мирного договора в 1997 г. международное сообщество поддержало Таджикистан в реализации программы сокращения бедности. Эта программа включала масштабную реформу сектора здравоохранения (РСЗ), в рамках которой предусматривалось создание системы ПМСП по принципам семейной медицины, где основные функции по предоставлению услуг выполняют семейные врачи и медсестры.

Вот уже более 20 лет Швейцарское агентство по вопросам развития и сотрудничества (ШАРС) является основным партнером Правительства Таджикистана в усилиях по развитию сектора здравоохранения. На начальном этапе акцент делался на создании базовой, хорошо функционирующей инфраструктуры, однако вскоре стало понятно, что внедрение качественных услуг семейной медицины, отвечающих принципам финансовой и физической доступности и подотчетности, невозможно без развития квалифицированного кадрового ресурса семейных врачей и медсестер, для чего требовалась безотлагательная реформа медицинского образования.

С 2009 г. ШАРС оказывает поддержку Министерству здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан (МЗ и СЗН РТ) и связанным с ним учреждениям, а также Министерству образования и науки Республики Таджикистан, нацеленную на проведение комплексной реформы додипломного и последипломного образования семейных врачей и медсестер, а также системы их непрерывного образования. В данной статье приведено описание и изложен анализ четырех параллельных инициатив, реализуемых в рамках комплексного подхода к укреплению потенциала семейных врачей и медсестер в области предоставления качественной помощи на уровне учреждений первичного звена; цель статьи – содействовать распространению информации об успехах, проблемах и уроках, усвоенных в ходе этого процесса.

## ПОДХОДЫ И РЕЗУЛЬТАТЫ

### 1. ДОДИПЛОМНАЯ ПОДГОТОВКА ВРАЧЕЙ И МЕДСЕСТЕР

Додипломная подготовка в Таджикистане традиционно основывалась на методиках заучивания информации и приобретения теоретических знаний. После реформирования учебной программы в 2010 г. был сделан больший упор на обучение, ориентированное на решение проблем, а также на развитие практических и клинических навыков. Новая программа была внедрена в Таджикском государственном медицинском университете имени Абуали ибн Сино (до 2016 г. являвшимся единственным учреждением в стране, предоставлявшим высшее медицинское образование) и включала практическую отработку навыков в клинической лаборатории с третьего года обучения, с последующей практикой в центральных и периферийных больницах и работой в центрах здоровья на шестом, заключительном году обучения. В настоящее время в Таджикистане функционируют 132 клинические базы, расположенные в 58 медицинских учреждениях в 17 районах и городах и принимающие студентов-медиков для прохождения практики на шестом году обучения. Кроме того, в Таджикском государственном медицинском университете имени Абуали ибн Сино (ТГМУ) была внедрена система зачетов («кредитов») в рамках Болонского процесса, в систему оценки знаний и практических навыков по всем клиническим темам добавлен Объективный структурированный клинический экзамен (ОСКЭ) и проведено улучшение процессов мониторинга и оценки качества обучения, предоставляемого наставниками на децентрализованных клинических учебных базах.

Образование по специальности «сестринское дело» студенты получают в медицинских колледжах, оборудованных, хотя и в меньшей степени, клиническими учебными базами. В этих колледжах потоки «сестринское дело» и «акушерское дело» в первые три года следуют общей программе обучения, а на четвертом, заключительном году обучения студенты начинают подготовку по выбранной специальности (2). Программа поддержки нацелена на повышение педагогической компетентности наставников из числа среднего медицинского персонала в колледжах городов Душанбе и Куляб. Для того чтобы повысить престижность и признание роли семейной медсестры, эта программа укрепления потенциала осуществляется с участием практикующих медсестер из Швейцарии.



## 2. ПОСЛЕДИПЛОМНАЯ ПОДГОТОВКА ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «СЕМЕЙНЫЙ ВРАЧ»

С 2013 г. ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан» (ГОУ ИПОвСЗ РТ) проводит двухгодичную программу последипломной специализированной подготовки семейных врачей. Эта программа обучения (клиническая ординатура) по семейной медицине включает теоретический компонент (20%), преподаваемый либо в институте, либо на учебных базах в периферийных медицинских учреждениях. Ординаторы проходят клиническую практику в городских, районных и сельских центрах здоровья под руководством обученных и сертифицированных семейных врачей (клинических наставников) и ГОУ ИПОвСЗ РТ. Ординаторы входят в группу ПМСП, и по мере обучения в течение двух лет их функции расширяются. В таблице 1 представлено количество ординаторов, поступивших на курс обучения по специальности и завершивших его.

**ТАБЛИЦА 1. КОЛИЧЕСТВО ОРДИНАТОРОВ, НАЧАВШИХ И ЗАВЕРШИВШИХ ДВУХГОДИЧНУЮ ПРОГРАММУ ПОСЛЕДИПЛОМНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОДГОТОВКИ СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ**

Период	Количество ординаторов, участвующих в двухгодичной программе обучения по специальности	Количество обученных семейных врачей, завершивших ординатуру
2013–2015 гг.	20	20
2014–2016 гг.	30	30
2015–2017 гг.	30	29
2016–2018 гг.	31	26
2017–2019 гг.	37	Продолжают обучение
2018–2020 гг.	22	Продолжают обучение

## 3. НЕПРЕРЫВНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ

Традиционный формат непрерывного профессионального развития (НПР) предусматривает прохождение курсов теоретического обучения один раз в пять лет. Эти курсы преимущественно проводятся в учреждениях, расположенных в столице страны – городе Душанбе, но также

организуются и в других городах (Худжанд, Курган-Тюбе, Куляб, Хорог) и завершаются экзаменом. Они открывают врачам дорогу к продвижению по службе и более высоким уровням зарплат, делают больший акцент на знаниях, а не на компетенциях, и отличаются недостаточной прозрачностью и риском возникновения коррупционных явлений. Другие формы НПР, такие как участие в международных конференциях или выпуск публикаций, обычно не входят в сферу компетенции семейных врачей.

При поддержке Швейцарии в Таджикистане была внедрена концепция групп «Равный равному» (ГРР). Это группы семейных врачей и/или медсестер, обычно работающих в одном или в соседних сельских центрах здоровья определенного района, которые проводят регулярные (как правило, ежемесячные) встречи для обсуждения клинических вопросов и поиска решений проблем, с которыми они сталкиваются в ежедневной практике. В каждой ГРР выбирается фасилитатор, который помогает координировать встречи, и за счет этого работа групп не требует высоких затрат и имеет высокий потенциал к устойчивому функционированию. В таблице 2 представлено количество семейных врачей и медсестер, участвующих в работе ГРР в семи пилотных районах. В 2018 г. МЗ и СЗН РТ внедрило пробную кредитную систему для НПР, официально включающую такой компонент деятельности, как ГРР.

**ТАБЛИЦА 2. КОЛИЧЕСТВО СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ И МЕДСЕСТЕР, УЧАСТВУЮЩИХ В РАБОТЕ ГРР, КОЛИЧЕСТВО ГРР И ЧАСТОТА ПРОВОДИМЫХ ВСТРЕЧ, С РАЗБИВКОЙ ПО ГОДАМ**

Год	Количество врачей в ГРР	Количество медсестер в ГРР	Количество ГРР	Общее количество встреч в год
2013	200	151	31	312
2014	226	181	38	384
2015	267	196	43	456
2016	284	235	52	539
2017	292	245	56	624
2018	345	331	64	684

## 4. НАСТАВНИЧЕСТВО ДЛЯ НЕДАВНО ОБУЧЕННЫХ СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ СО СТОРОНЫ БОЛЕЕ ОПЫТНЫХ КОЛЛЕГ

В 2007 г. была внедрена система наставничества для недавно обученных семейных врачей, в рамках которой семейные врачи из Швейцарии приезжают с визитом к недавно сертифицированным таджикским семейным врачам и в течение трех недель наблюдают за их ежедневной работой. Основная роль наставника заключается в предоставлении обратной связи и передаче опыта семейному врачу из Таджикистана, а также в оказании помощи в развитии клинических навыков. Этот подход был особенно важен в начале реализации программы, когда в стране еще не было достаточного количества местных семейных врачей для передачи опыта. В последние годы программа наставничества была расширена и теперь включает наставничество со стороны таджикских семейных врачей, имеющих обширный опыт и авторитет. В январе 2018 г. МЗ и СЗН РТ подписало Положение № 186 о внедрении общенациональной программы наставничества для семейных врачей и медсестер на основе руководства о наставничестве, разработанного Республиканским учебно-клиническим центром семейной медицины, и опыта данной инициативы.

## ОБСУЖДЕНИЕ

### ДОСТИГНУТЫЙ ПРОГРЕСС И АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ

Оценка изменений в качестве медицинского образования – задача не из легких, поскольку конечный результат реформ проявляется в статистике здравоохранения лишь через определенное время. Тем не менее существует ряд полезных инструментов для проведения предварительной оценки. Один из них – Готовый инструмент Университета Данди для оценки образовательной среды (DREEM). Это признаваемый на международном уровне валидированный общий инструмент, предназначенный для оценки восприятия студентами образовательной среды в образовательных медицинских учреждениях (3). Также существует Мини-клинический экзамен (Mini-CEX) – инструмент, основанный на обратной связи, который может применяться в каждодневной клинической практике. На основе этих инструментов в Таджикистане была проведена оценка преобразований в медицинском образовании, результаты которой освещаются в представленных ниже исследованиях. По каждому из этих исследований доступен полный цитируемый отчет, соблюдены этические принципы и получено одобрение МЗ и СЗН РТ.

Исследование демографической ситуации и состояния здоровья в Таджикистане, проведенное в 2017 г., продемонстрировало важные улучшения в показателях материнского и детского здоровья – индикаторах, высокочувствительных к возможностям и качеству услуг на уровне ПМСП. Так, показатели смертности детей в возрасте до пяти лет снизились с 51 случая смерти на 1000 живорождений в исследовании за 2003–2007 гг. до 33 случаев смерти на 1000 живорождений в новом исследовании за 2013–2017 гг. Как показывают данные этих же исследований, также улучшились некоторые показатели материнского здоровья, в т. ч. количество визитов в женские консультации для дородового наблюдения или количество родов, принимаемых в медицинских учреждениях, хотя информация о перинатальной материнской смертности отсутствует. Несмотря на это, большинство суррогатных маркеров здоровья, приведенных в исследовании, демонстрируют тенденцию к улучшению (4).

### 1) БАЗОВОЕ ДОДИПЛОМНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

#### *а) Достигнутый прогресс в обучении врачей*

Наиболее важный прогресс в области реформирования додипломного образования заключается в том, что ТГМУ начал реализацию адаптированной, современной программы обучения, подготовленной для международной аккредитации, а также усовершенствовал методики интерактивного обучения и добавил ОСКЭ для оценки навыков. Основные улучшения связаны с внедрением программы развития клинических навыков и практической подготовки студентов шестого курса на базе стационаров в г. Душанбе и сельских районах. Также была создана система управления обучением, в рамках которой учащимся предоставляется доступ к материалам курса и цифровым ресурсам.

В результате этого из медицинского вуза выпускаются и переходят в систему последипломного образования более разносторонне развитые студенты с превосходными клиническими навыками. Опосредованное воздействие этой инициативы наблюдается и в самих образовательных учреждениях, где преподаватели клинических дисциплин получают интенсивную дополнительную подготовку в области преподавания клинических навыков, чтобы затем выступать в качестве экзаменаторов ОСКЭ. Помимо этого, по некоторым данным, преподаватели клинических дисциплин видят, что уровень запросов студентов повышается, и стремятся усовершенствовать свои знания и навыки.

### б) Достигнутый прогресс в обучении медсестер

Интенсивное совершенствование навыков преподавания наставников из числа медсестер проводится на базе двух медицинских колледжей в городах Душанбе и Куляб. Впоследствии с помощью инструмента DREEM была проведена оценка восприятия образовательной среды студентами второго и четвертого курсов обучения по семейному сестринскому делу, охватившая пять компонентов: обучение, преподавание, академическое самовосприятие, атмосфера и социальное самовосприятие. По всем компонентам было продемонстрировано улучшение, в особенности в таких областях, как восприятие студентами своих возможностей в обучении, студентоориентированное обучение и межличностные навыки педагогической работы, качество учебных материалов и доступная инфраструктура, справедливость процедур проведения экзаменов и наличие системы поддержки студентов (5).

### в) Трудности в обучении врачей

К сожалению, в первые годы додипломной подготовки почти не проводится обучение клиническим навыкам работы с настоящими пациентами, однако с третьего курса студенты начинают знакомиться с работой в Центре обучения практических навыков ТГМУ, которая продолжается вплоть до заключительного года обучения (шестого курса), на котором студенты также проходят пятимесячную практику по специальностям, организуемую по принципу ротации. Однако взаимодействие между учебными учреждениями, стационарами и центрами здоровья не развито в достаточной степени, поэтому общий объем работы студентов с пациентами нельзя назвать оптимальным, и эта практика требует тщательного контроля. В частности, несмотря на то, что заключительный год обучения называется годом практики, из-за финансовых трудностей и ограниченного числа клинических учебных центров продолжительность практической работы в настоящее время составляет лишь пять месяцев, хотя делается все возможное для того, чтобы расширить практику хотя бы до девяти месяцев.

В прошлом клинические навыки студентов оценивались преимущественно на основе устных собеседований и письменных тестовых заданий. И хотя достигнут определенный прогресс в освоении принципов и технологий ОСКЭ и применении Отчета по оценке в процессе обучения (ITER) в качестве метода формативной оценки студентов последнего года обучения, для полного укоренения изменений в существующих условиях потребуется значительное количество времени.

### г) Трудности в обучении медсестер

В контексте продолжающихся реформ процессы обучения сестринского персонала не получали достаточного внимания, а эта профессия во многом недооценивалась медицинским сообществом. Вышеупомянутое исследование DREEM показало наличие сохраняющихся проблем с обучением медсестер, в частности таких как недостаточная клиническая практика, слабая педагогическая компетентность факультета и ограниченное применение компетентностного подхода к обучению. Семейные медсестры обычно проходят обучение у врачей, поэтому практически не имеют образцов для подражания в модели сестринского образования.

Однако в социальном контексте сестринское дело – наряду с преподаванием – было одной из первых и по-прежнему остается одной из немногих профессий в Таджикистане, в которых женщины смогли утвердиться. В сельских районах именно медсестер и преподавателей обычно выбирают в качестве представителей интересов сообщества в местных организациях или комитетах.

## 2) ПОСЛЕДИПЛОМНАЯ ПОДГОТОВКА ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ

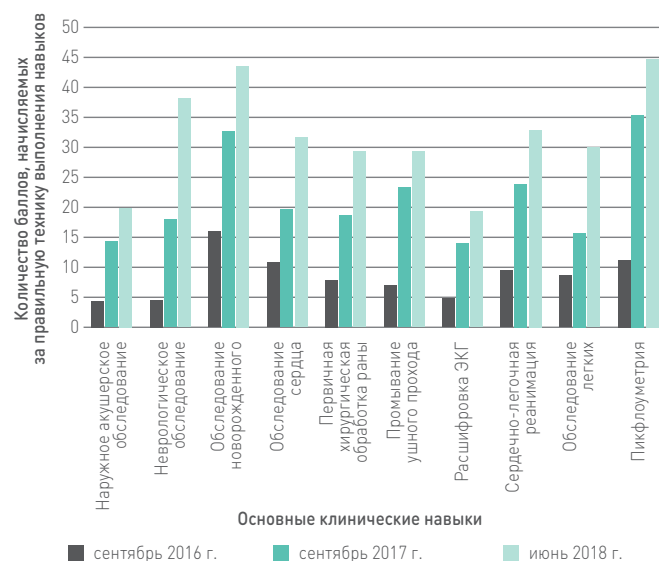
### а) Достигнутый прогресс

Сравнение результатов исследований DREEM, проведенных среди ординаторов, проходящих двухгодичную ординатуру, и интернов традиционных одногодичных программ специализированного обучения (интернатура), показало следующее.

- i) Ориентированная на практическую работу двухгодичная программа последипломной специализированной подготовки по семейной медицине продемонстрировала более высокие результаты, чем одногодичная интернатура, особенно в категориях, связанных с преподаванием и обучением практическим навыкам.
- ii) Ординаторы, проходящие двухгодичную ординатуру, сообщали о более высоком уровне удовлетворенности возможностью работы в клинических условиях, развитием навыков и возможностью принятия самостоятельных решений в ходе практической работы (6).

На рис. 1 продемонстрированы улучшения показателей по десяти основным клиническим навыкам в текущей когорте ординаторов 2016–2018 гг. с момента поступления на двухгодичный курс до окончания первого и второго года обучения.

**РИСУНОК 1. СРАВНЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПО ДЕСЯТИ ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ НАВЫКАМ СРЕДИ ОРДИНАТОРОВ, УЧАСТВОВАВШИХ В ДВУХГОДИЧНОЙ ПРОГРАММЕ ПОСЛЕДИПЛОМНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОДГОТОВКИ, ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ, ПО ОКОНЧАНИИ ПЕРВОГО ГОДА ОБУЧЕНИЯ И ПО ОКОНЧАНИИ КУРСА**



К настоящему времени двухгодичную программу последипломной специализированной подготовки завершили 105 резидентов (табл. 1), и все они были распределены МЗ и СЗН РТ на работу в должности семейного врача в сельских районах. Представители местных органов управления здравоохранением чрезвычайно удовлетворены тем, что в их учреждениях ПМСП теперь работают молодые семейные врачи. В некоторых районах эти обученные и сертифицированные семейные врачи стали первыми специалистами, пополнившими кадровые ресурсы ПМСП за последние десять лет.

В настоящее время МЗ и СЗН РТ разрабатывает нормы и положения в области медицинского образования, в частности в отношении специализированной последипломной подготовки для всех врачей, и пересматривает программу подготовки медицинских кадров на период до 2030 г. Двухгодичная программа последипломной специализированной подготовки по семейной медицине будет взята за основу при подготовке аналогичных учебных программ по другим специальностям.

### б) Трудности

К сожалению, после реформирования программы додипломного образования с целью подготовки студентов по общему, неспециализированному профилю базового медицинского образования возможность сделать следующий логический шаг – соответствующим образом пересмотреть программу специализированного последипломного образования – представилась не сразу. Поэтому большинство новых выпускников вуза поступили на одногодичный курс интернатуры и получили диплом по конкретной специальности. Это противоречило стандартам и практике Всемирной федерации медицинского образования (ВФМО). К настоящему времени эта проблема частично решена за счет внедрения двухлетней ординатуры по семейной медицине. Однако эти изменения не коснулись всех медицинских учреждений страны и, помимо этого, по международным стандартам два года – недостаточный срок для подготовки по специальности. Кроме того, МЗ и СЗН РТ до сих пор не издало официальный приказ о расширении программ подготовки по всем специальностям как минимум до двух лет, хотя в МЗ и СЗН РТ была создана рабочая группа, цель которой заключается в разработке соответствующего постановления. При этом сохраняется вероятность того, что, если международная поддержка будет прекращена, практика двухлетней ординатуры в стране не приживется.

## 3) НЕПРЕРЫВНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ

### а) Достигнутый прогресс

Исследование 2017 г. показало, что семейные врачи в районах, где функционируют ГРР, более активно участвуют в мероприятиях по НПР и положительно воспринимают гибкость содержания и сроки проведения встреч по НПР, а также сами мероприятия по НПР. И наоборот, семейные врачи из районов, где нет ГРР, жаловались на недостаточный доступ к повышению клинической квалификации и ограниченный выбор тематических направлений. Как и в других странах, в традиционной системе НПР среди основных барьеров к участию отмечались финансовые проблемы и отдаленность мест проведения мероприятий по НПР (7).

### б) Трудности

Для формирования системы НПР, соответствующей стандартам ВФМО и построенной на основе современных



методик обучения взрослых, МЗ и СЗН РТ необходимо внедрить прозрачную, общенациональную систему НПП на основе зачетных единиц («кредитов») для всех специальностей. Через год будет проведена оценка эффективности применяемой МЗ и СЗН РТ пилотной системы кредитно-зачетной технологии обучения в рамках НПП для семейных врачей и медсестер, внедренной в одном районе, в целях ее возможного применения по всей стране. Однако необходимо признать, что существует большая заинтересованность в сохранении функционирующей в настоящее время системы с риском коррумпированности, в рамках которой врачам достаточно просто заплатить за прохождение курсов, чтобы сохранить или повысить свое положение в системе оплаты труда. Другие трудности могут быть связаны с тем, что не все специалисты готовы участвовать в длительном обучении, а также с нехваткой оборудованных площадок и преподавателей высокого уровня. Кроме того, в долгосрочной перспективе необходимо усилить роль профессиональных ассоциаций и создать независимое агентство аккредитации в целях обеспечения качества НПП, предоставляемой образовательными учреждениями.

#### 4) НАСТАВНИЧЕСТВО ДЛЯ СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ СО СТОРОНЫ БОЛЕЕ ОПЫТНЫХ КОЛЛЕГ

##### *а) Достигнутый прогресс*

В период с 2007 по 2018 гг. более 225 семейных врачей хотя бы один раз работали с наставниками. В группе семейных врачей, работавших с наставниками более одного раза с 2015 по 2017 гг., были отмечены важные улучшения по таким показателям, как навыки коммуникации (сбор анамнеза и консультативные навыки), физическое обследование, терапевтические навыки, и в особенности навыки обоснования клинического диагноза. Эти улучшения были зафиксированы через многократное применение инструмента обратной связи Mini-CEX и анализ документации, составленной при непосредственном наблюдении за ежедневной работой семейного врача (8).

##### *б) Трудности*

Расширение системы наставничества с включением обученных местных наставников – положительный шаг вперед, однако при этом крайне важно, чтобы эти наставники были соответствующим образом отобраны и удовлетворяли определенным требованиям, таким как большой опыт в семейной медицине, клинические навыки

и уважение среди коллег. В системе Таджикистана, как и во многих других странах постсоветского пространства, остаются некоторые «карательные» элементы, т. е. вмешательство вышестоящего лица в первую очередь ассоциируется с обвинениями и поиском недостатков, поэтому существует риск того, что наставничество со стороны местных коллег будет не так положительно воспринято, как наставничество семейных врачей международного уровня. В этой связи важно провести четкое разделение между наставничеством и контролем или мониторингом, поскольку в секторе здравоохранения Таджикистана эти процессы, к сожалению, глубоко укоренились в сознании как меры контроля.

#### СОХРАНЯЮЩИЕСЯ ПРОБЛЕМЫ

Несмотря на усилия МЗ и СЗН РТ и вышеупомянутые положительные сдвиги, система здравоохранения Таджикистана продолжает испытывать последствия постоянного недофинансирования, что приводит к искажению систем подотчетности и появлению неправильных стимулов. Это проявляется в том, что пациенты воспринимаются как источник дохода, подобно тому, как в системе медицинского образования в качестве источника дохода рассматриваются студенты. Контролирующие визиты представителей центральных органов зачастую заканчиваются обвинением семейных врачей и наложением на них штрафов – например, за несоблюдение требований к ведению объемной документации по каждому пациенту. Также необходимо обеспечить более эффективную защиту прав врачей, поскольку вину за ошибки других специалистов или больниц зачастую возлагают на семейного врача, из-за чего семейную медицину выбирает небольшое количество выпускников медицинского вуза.

Также наблюдается столкновение интересов секторов здравоохранения, образования, труда и финансов, имеющих конкурирующие повестки дня. Министерство экономического развития и торговли рассчитывает на повышение числа учащихся вузов, поскольку они платят за обучение, т. е. являются важным источником дохода для медицинских университетов и колледжей, занимающихся подготовкой медсестер. Как и в других странах, этот фактор существенно осложняет задачу, связанную с сокращением слишком большого числа студентов, что необходимо для повышения качества медицинского образования. Несмотря на большое количество выпускников медвузов, лишь немногие предпочитают узкой специализации семейную медицину, поскольку эта профессия имеет низкий статус и воспринимается в системе ПМСП как тяжелая и низкооплачиваемая. Помимо этого, семейные



врачи имеют меньше возможностей для дополнительного заработка от диагностических процедур и анализов. Вопросы межличностных отношений и повышения доверия и взаимоуважения среди семейных врачей, медсестер и пациентов также остаются актуальными проблемами в свете стремлений Таджикистана к достижению всеобщего охвата услугами здравоохранения. И наконец, сектор здравоохранения серьезно страдает от продолжающейся утечки высококвалифицированных специалистов в другие страны – преимущественно в Россию, где уровень дохода существенно выше.

## ВЫВОДЫ

Стратегическое лидерство имеет решающее значение для будущего системы здравоохранения в Таджикистане и сохранения достигнутых к настоящему времени результатов реформ. Как и в других странах региона, вопросы обеспечения предсказуемости финансирования и увеличения его объема по-прежнему имеют принципиальное значение; их решение требует более активного участия Министерства финансов, а также Министерства экономического развития и торговли. Помимо обеспечения адекватного финансирования системы здравоохранения и, в частности, сектора ПМСП, Таджикистану необходимо продолжать реформу медицинского образования, показавшую свою эффективность в тех областях страны, где были внедрены и успешно функционируют качественные учебные программы. Для применения и адаптации к реалиям Таджикистана международных стандартов необходимы гибкие подходы. Положительным моментом для Таджикистана и для других стран является то, что ТГМУ сумел внести фундаментальные изменения в свою учебную программу и модернизировать ее содержание; эти положительные изменения необходимо столь же решительно внедрить на уровне системы последипломной ординатуры и программ НПР. Это потребует укрепления усилий по обеспечению добросовестного управления с опорой на четкие нормативно-правовые инструменты, а также усиления регулирующих функций и механизмов мониторинга и надзора за работой специалистов здравоохранения и процессами предоставления качественных услуг. Важную роль в этой будущей деятельности будут играть независимые агентства аккредитации и профессиональные ассоциации, занимающиеся лицензированием профессиональной деятельности.

Многолетний опыт подобных реформ, накопленный в Таджикистане, представляет более широкий интерес

для других постсоветских стран, инициировавших сходные процессы. Этот опыт в первую очередь подтверждает, что реформа медицинского образования – комплексный, постоянный на протяжении времени процесс, требующий непрекращающейся усиленной поддержки в течение нескольких десятилетий, а также поэтапной координации работы всех вовлеченных учреждений и специалистов разного профиля. С течением времени, при условии сохранения поддержки, Таджикистан сможет увидеть результаты этой работы, по мере того как в стране будет повышаться количество квалифицированных семейных врачей и медсестер, готовых начать работу в системе здравоохранения, сохранять верность своей профессии и предоставлять отвечающие принятым обязательствам, высококачественные – а значит, более эффективные с точки зрения затрат – услуги ПМСП жителям сельских районов, где потребность в них особенно высока.

**Выражение признательности:** авторы благодарят д-ра Дильбар Давлятову за систематический мониторинг деятельности, представленной на рис. 1.

**Источники финансирования:** опыт работы и результаты, описанные в данной статье, получены в рамках Проекта реформирования медицинского образования по мандату трехэтапной реализации, финансируемого Швейцарским агентством по вопросам развития и сотрудничества (Кредитное предложение 7F-07030.03.01, Договор № 81037114).

**Конфликт интересов:** не заявлен.

**Ограничение ответственности:** авторы несут самостоятельную ответственность за мнения, выраженные в данной публикации, которые необязательно представляют решения или политику Всемирной организации здравоохранения.

## БИБЛИОГРАФИЯ<sup>1</sup>

1. Kühlbrandt C, Boerma W. Primary care reforms in countries of the former Soviet Union: success and challenges. Eurohealth Incorporating Euro Observer 2015; 21(2): 3–7 (<https://www.nivel.nl/node/2430?database=ChoicePublicat&preref=5881>).

<sup>1</sup> Все ссылки приводятся по состоянию на 6 декабря 2018 г.

2. Parfitt BA, Cornish F, 2007. Implementing family health nursing in Tajikistan: from policy to practice in primary health care reform. *Soc Sci and Med* 65: 1720-1729. doi: 10.1016/j.socscimed.2007.06.007.
3. Roff S: The Dundee Ready Educational Environment Measure (DREEM)-a generic instrument for measuring students' perceptions of undergraduate health professions curricula. *Med Teach* 2005;27:322-325. doi: 10.1080/01421590500151054.
4. Statistical Agency under the President of the Republic of Tajikistan MoHSP and ICF: Tajikistan Demographic and Health Survey 2017: Key Indicators. Rockville, Maryland, USA: Statistical Agency under the President of the Republic of Tajikistan (SA), Ministry of Health and Social Protection of Population of the Republic of Tajikistan (MoHSP) and ICF; 2018 (<https://dhsprogram.com/pubs/pdf/PR93/PR93.pdf>).
5. Schubiger M, Khamidova M, Van Twillert E, Lechthaler F: Evaluation of the Educational Environment of the Nursing Colleges in Dushanbe and Kulob in Tajikistan. Basel, Switzerland; Dushanbe, Tajikistan: Swiss Tropical and Public Health Institute; 2016.
6. Menges D, Kasymova Z, Von Twillert E: Evaluation of the Learning Environment of Residents in Family Medicine Specialty Training Programs in Tajikistan. Basel, Switzerland; Dushanbe, Tajikistan: Swiss Tropical and Public Health Institute; 2015.
7. Rakhmatova N, Lechthaler F, Yarbaeva S, Mueller A: Evaluation of the challenges of Continuing Medical Education among family doctors in pilot and non-pilot districts of the Republic of Tajikistan. Basel, Switzerland; Dushanbe, Tajikistan: Swiss Tropical and Public Health Institute; 2017.
8. Mortaz Hejri S, Jalili M, Shirazi M, Masoomi R, Nedjat S, Norcini J: The utility of mini-Clinical Evaluation Exercise (mini-CEX) in undergraduate and postgraduate medical education: protocol for a systematic review, *Syst Rev* 2017; 6: 146. doi: 10.1186/s13643-017-0539-y. ■

## SHORT COMMUNICATION

# Developing integration around primary care: new professional roles and emerging professions in integrated care delivery

Stefania Ilinca<sup>1,2</sup>, Kai Leichsenring<sup>1</sup>, Ricardo Rodrigues<sup>1</sup>

<sup>1</sup>European Centre for Social Welfare Policy and Research, Vienna, Austria

<sup>2</sup>Atlantic Fellow for Equity in Brain Health, Global Brain Health Institute, Trinity College Dublin

Corresponding author: Stefania Ilinca (email: [ilinca@euro.centre.org](mailto:ilinca@euro.centre.org))

## ABSTRACT

Continuity, comprehensiveness and coordination are key functions of primary care, as set out in the Declaration of Alma-Ata. Therefore, primary care systems must play a key role in integrating care not only within but also across health and social care systems. In addition, over the past decade, it has become apparent that primary care professionals must take on new roles and acquire new skills in order to tackle the challenges presented by the increase in the number of patients with chronic diseases and multimorbidity, and the associated need for coordinating services. In response, professional

roles in primary care are expanding beyond their traditional boundaries, new types of education and job profiles combining health and social care as well as therapeutic skills have emerged to supplement traditional capacities in case and care management, and care navigation has emerged as a new function of primary care. Here, we argue that, in the future, an integrated health and social care workforce will have to draw as much on the emergence of these new professional profiles as on new roles for well-established primary care professions.

**Keywords:** INTEGRATED CARE, PRIMARY CARE, CARE WORKFORCE, CARE PROFESSIONS, SKILL MIX

## THE NEED FOR INTEGRATED HEALTH AND SOCIAL CARE SERVICE DELIVERY

As set out in the Declaration of Alma-Ata, primary care systems must play a key role in integrating care not only within but also across health and social care systems (1). In addition, over the past decade, it has become increasingly apparent that hospital-centred and disease-oriented health care systems need to find new ways to tackle the challenges presented by the ageing of populations worldwide, the concomitant increase in number of patients with chronic diseases and multimorbidity, and the associated need for coordinating services. These challenges have led to an intensification of efforts to reduce fragmentation within and between the health and social care systems and promote coordination between the numerous care

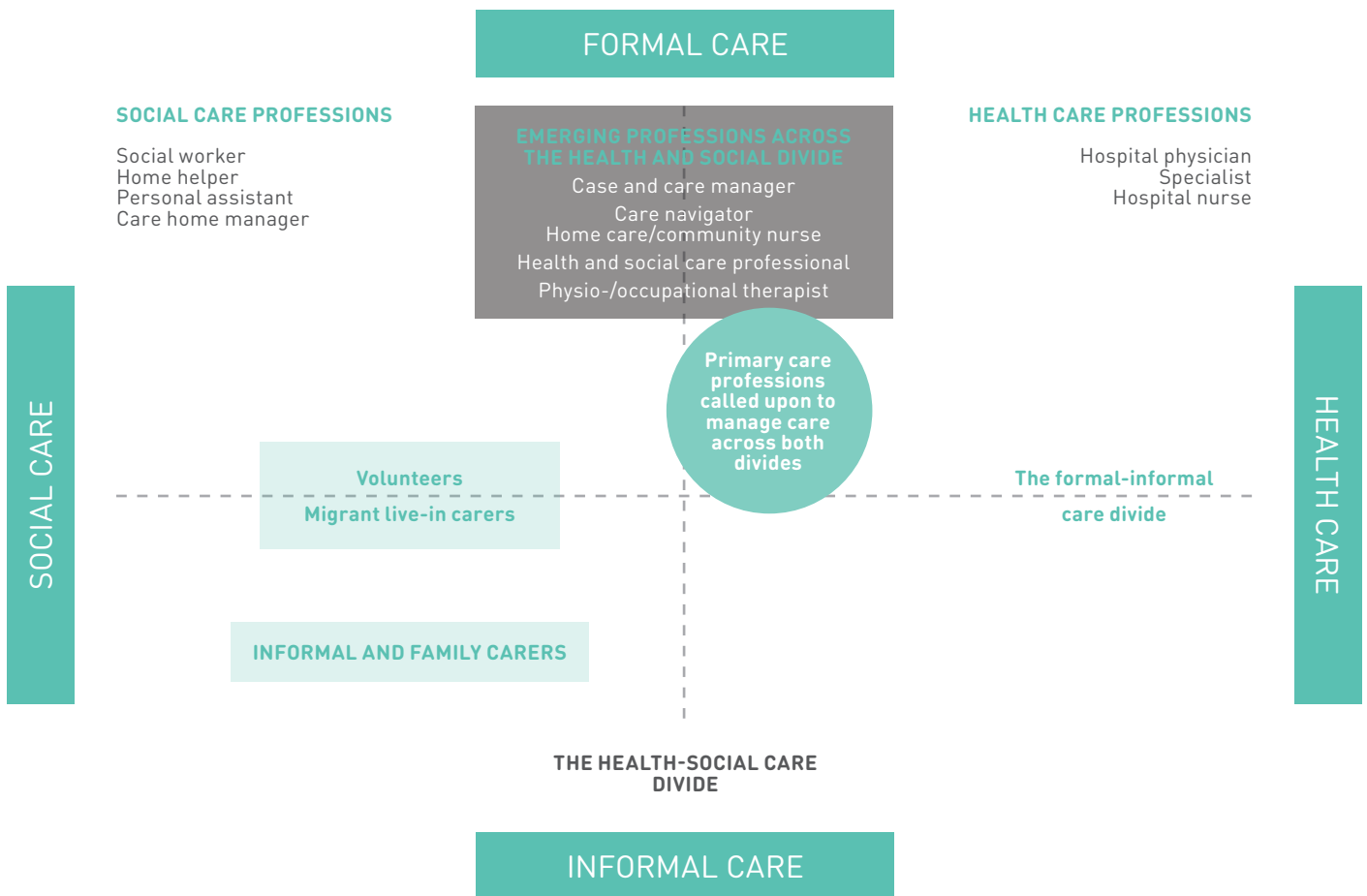
settings and care professionals operating in these settings (2).<sup>1</sup> Forty years after the Declaration of Alma-Ata, its postulation of continuity, comprehensiveness and coordination as key functions of primary care is thus more relevant than ever (1).

Patients with complex long-term care needs interact with and require support from the formal networks provided by health care and social care professionals while drawing on informal networks for additional support.<sup>2</sup> Fig. 1 offers a helpful visualization of how the roles of different care providers can be conceptualized along two key dimensions: the “health–social care divide” – for example, between general practitioners (GPs) and home care providers – and the “formal–informal care divide” – for example,

<sup>1</sup> Fragmentation in health care refers to the organization of health care systems in silos based on speciality or care settings, where different care professionals specialize in diagnosing and/or treating conditions related to a specific organ system without necessarily appreciating and considering the relation to the patient’s general well-being and care process (that is, focusing on the parts without considering the whole).

<sup>2</sup> Informal networks are the social networks of each individual, on which they can draw for support and care when this is needed. These include family members as well as neighbours, friends, acquaintances and colleagues.

FIG. 1. THE ROLES OF DIFFERENT HEALTH AND SOCIAL CARE PROFESSIONS IN INTEGRATING CARE DELIVERY



between home care providers and family carers. To successfully manage the care of patients with complex needs, communication and coordination are needed across both divides simultaneously. In order to do this, both emerging professions (for example, physio-/occupational therapists) and primary care professionals are increasingly called upon to play more complex, cross-sectoral roles and manage care across the divides in a person-centred manner. This is visually represented in Fig. 1, as, while the more traditional health care and social care professions are placed at the edges of the graph, both emerging professions and primary care professionals straddle the quadrants.

However, in the past, various attempts to overcome fragmentation in the health and social care systems via primary care have often failed to address both the health–social care and formal–informal divides. For example, in countries where primary care centres were promoted as drivers of integration between health professionals, collaborations were often limited to the interactions between GPs and nurses or pharmacists, leaving social care professionals out. Similarly, models such as the Chronic Care Model, which involved GPs or registered

nurses acting as case managers responsible for coordinating both health and social care, seldom took into consideration the fact that patients might be older people with multimorbidity or those in need of long-term care. As a result, patients needing treatment and support across the health and social care divide have frequently had to resort to using emergency departments, experiencing repeated hospitalization (“revolving-door effects”) or having their needs unmet, all of which have a negative effect on their quality of life (3–5). Furthermore, initiatives to improve coordination within the health care system have often failed to recognize or support the essential role of informal carers of people with long-term conditions. Traditional primary care teams are ideally positioned to assist informal carers, but they often fall short in assessing needs and providing follow-up (6).

Among the factors that have contributed to limit progress in these areas are capacity limitations in primary care, a lack of communication and information-exchange structures, and the limited training of primary care professionals (2, 7, 8). Shortages of GPs and other primary care professionals, limited funding to promote integrated working, unclear definition

of responsibilities, and a lack of resources to follow-up with patients and their families, as well as an underdeveloped culture and infrastructure for interprofessional work and cross-sectoral communication, also hamper efforts at integration.

## EXPANDING ROLES AND EVOLVING SKILL MIXES AT THE INTERFACE OF INTEGRATED CARE DELIVERY

The above-mentioned shortcomings in addressing coordination and providing integrated pathways of care have resulted in a broad range of interventions at various levels. For instance, building on the historic approaches of public health provided by community health nurses and family nurses or health counsellors, the old principles of case management have re-emerged in the public (health) discourse. A wide range of pilot projects and programmes in Australia, Europe and the United States, as well as several Asian countries, have re-established case management as a way to improve the responsive capacity of primary care, in particular in the context of nurse-led disease management (9), but also by physician-led initiatives, for example the multispecialty community providers in the United Kingdom (10).<sup>3</sup>

An important trend for primary care professionals is that their skill mix, that is, the combination of activities and skills needed within a given profession and generally covered by professional education, is changing, and their roles are now expanding to include tasks previously considered to be beyond traditional boundaries. A case in point is the emergence of specialist nurses in the Scottish health care system, NHS Scotland, both for disease management (for example, HIV nurse specialists) and for long-term care (for example, specialist residential home nurses), with their ability to work across organizational boundaries and in multidisciplinary teams as well as improve communication between professionals in the two sectors (11, 12). Similarly, the emergence of psychiatric mental health advance practice nurses in the United States, ambulatory emergency care nurses in the United Kingdom, and community nurses in several European countries as well as in Australia, Canada and the United States reflect the efforts of health professionals to develop new professional skills, work autonomously and facilitate cooperation. However, it should be emphasized that, in many cases, such developments are role extensions rather than

role redefinitions. In other words, primary care professionals are being asked to do these tasks in addition to their normal workload, and to pick up new professional skills in addition to the ones they are expected to have; for example, primary care providers often have to use new types of communication and information technologies in their professional practice, without having had appropriate training. This trend is leading to an overburdening of the primary care workforce (13).

In addition, members of non-traditional health professions are playing increasingly significant roles in care coordination. A notable example is the central role of occupational therapists and physiotherapists as coordinators of community-based care. In the wake of the re-ablement policy in Denmark (14), which emphasizes prevention and rehabilitation in care for older people, such non-traditional health professionals are filling the gap created by the low involvement of nurses in preventive functions and assignments. As the numbers of non-traditional health professionals in support roles in primary care teams is increasing (15), it is likely that the breadth and complexity of their tasks will continue to increase in the future.

Similarly, social workers have begun to act as coordinators of care in the community and as integral parts of discharge and care management teams in several European countries. In addition, in the United Kingdom, routine nursing and therapeutic tasks are often delegated to trained personal assistants and community support workers, indicating their considerably broader role in personal care (12). Likewise, in the Netherlands, guidelines for care coordination underline the necessity of higher professional education for case managers, who need, for instance, in the case of dementia care, good knowledge of how to manage the problems that can arise in informal care, as well as good sociopsychiatric skills (16).

## EMERGENCE OF NEW ROLES AND PROFESSIONAL PROFILES

In a parallel development, several countries have taken critical steps towards establishing new professional profiles by proposing more integrated post-secondary education curricula, designed to overcome silo thinking in care. For instance, in Denmark, a highly professionalized social care workforce has emerged, with qualifications as “social and health helpers” and “social and health care assistants” requiring theoretical and practical training courses lasting

<sup>3</sup> See also General practice forward view. Redditch: NHS England; 2016 (<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/04/gpfv.pdf>, accessed 12 November 2018).



14 and 34 months, respectively (17). In Austria, a curriculum similar to the Danish one was put in place in an attempt to streamline the previously scattered and unregulated training programmes for care professionals in the areas of disability, care for older people and family care. The role of “specialist social carer in old-age care” requires a two-year training programme that includes education as a nursing assistant, with the option to become a “social carer with a diploma” by adding a third-year module. At this qualification level, social care professionals can take up team-leading and managerial positions, for example in nursing homes or day-care centres.

While there is no such curriculum in the United States, in 2013 an article analysing trends in health and health care suggested that new provisions for comprehensive geriatric education and training were needed in the United States, with specific consideration for both social work educators and aspiring geriatric social workers. It was proposed that such provisions should include the creation of geriatric education centres to offer short-term intensive courses focusing on geriatrics, chronic care management and long-term care, to be offered to all health professionals, including social workers (18).

An innovative role emerging at the confluence of health and social care is that of the care navigator (found, for instance, in Australia, Canada, the United Kingdom and the United States). To reduce existing barriers in accessing health and social care, care navigators offer assistance to patients and their family carers in identifying appropriate services, within both the health and the social care sectors. They promote healthy, disease-specific lifestyles and address patient-specific issues such as self-management and adherence to treatment, as well as identifying patients’ personal beliefs and fears (19). In a parallel development, the roles of community navigator and link worker are emerging in the United Kingdom. They bridge the gap between care organizations and the communities they serve, by connecting professionals with support resources in the community, and proactively creating links between individuals and their care providers (12).

It is important to emphasize, however, that the development of training programmes for new professional profiles, as well as their systemic integration, presents considerable regulatory and financial challenges and can be a lengthy process. Given the pace of technological innovation and changing needs structures, it is therefore necessary to increase the vigour of curricula and skills at the interface of health and social care education. For example, moving beyond the more traditional hospital-centred education, supplementary courses and modules could be offered to enable the proliferation of integrated job profiles

for primary care professionals and professionals in emerging health–social care professions. Such new profiles may lead to a reallocation of the workload for more traditional health care professionals so that they can focus on tasks that better reflect their training, potentially providing efficiency gains.

## CONCLUSIONS

Primary care will continue to face rising demand from an ever-increasing number of patients with complex needs. To respond to this challenge, integrating health and social care and coordinating formal and informal care will be essential (20). Such integration will require primary care professionals to be able to carry out new tasks and acquire new skills, such as using new information and communication technologies. Such an approach has the potential to both improve coordination of care and allow for a more efficient allocation of staff to specific care tasks. This approach may also be a better fit for the places where care is increasingly being delivered: at people’s homes and in their communities, rather than in inpatient settings (whether acute or residential care). However, the new types of roles and skills required for such an approach cannot be viewed simply as add-ons to existing job profiles; to avoid increasing the workload for an already overburdened workforce, it will be necessary to provide appropriate training and organizational development, both within and across health and social care professions. Therefore, it will be necessary to re-design workflows, redirect budgetary allocations to enable additional training and redistribute responsibilities among care workers.

In adopting this approach, it will be necessary to identify efficient ways to overcome factors that inhibit joint working between health and social care professionals and between formal and informal care providers. More emphasis needs to be put on the development of shared visions, by implementing appropriate job profiles and providing joint education and additional training to increase the skill mixes of health and social care professionals (21). Primary care will experience a further extension of its role and importance in the health care system, and this will entail investment in a new identity for the “primary care professional”.

**Acknowledgements:** None declared.

**Sources of funding:** None declared.

**Conflicts of interest:** None declared.

**Disclaimer:** The authors alone are responsible for the views expressed in this publication and they do not necessarily

represent the decisions or policies of the World Health Organization.

## REFERENCES<sup>4</sup>

1. Declaration of Alma-Ata. Geneva: World Health Organization; 1978 ([http://www.who.int/social\\_determinants/tools/multimedia/alma\\_ata/en/](http://www.who.int/social_determinants/tools/multimedia/alma_ata/en/)).
2. Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, Saltman, RB. Building primary care in a changing Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0018/271170/BuildingPrimaryCareChangingEurope.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/271170/BuildingPrimaryCareChangingEurope.pdf)).
3. Hudon C, Chouinard M-C, Lambert M, Diadiou F, Bouliane D, Beaudin J. Key factors of case management interventions for frequent users of healthcare services: a thematic analysis review. *BMJ Open* 2017;7:e017762 (<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017762>).
4. Busse R, Blümel M, Scheller-Kreinsen D, Zentner A. Tackling chronic disease in Europe: strategies, interventions and challenges. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2010 (<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/studies/tackling-chronic-disease-in-europe-strategies,-interventions-and-challenges-2010>).
5. Rijken M, Struckmann V, van der Heide I, Hujala A, Barbabella F, van Ginneken E et al. How to improve care for people with multimorbidity in Europe? Amsterdam/Berlin: NIVEL and TU Berlin; 2016 ([https://www.icare4eu.org/pdf/PB\\_23.pdf](https://www.icare4eu.org/pdf/PB_23.pdf)).
6. Carduff E, Jarvis A, Highet G, Finucane A, Kendall M, Harrison N et al. Piloting a new approach in primary care to identify, assess and support carers of people with terminal illnesses: a feasibility study. *BMC Fam Pract* 2016;17:18 (<https://doi.org/10.1186/s12875-016-0414-2>).
7. Glimmerveen L, Nies H. Integrated community-based dementia care: the Geriant model. *Int J Integr Care* 2015; 15:e020 (<http://doi.org/10.5334/ijic.2248>).
8. Allen K, Glasby J, Rodrigues R. Joint working between health and social care. In: Leichsenring K, Billings J, Nies H. Long-term care in Europe: improving policy and practice. Basingstoke: Palgrave Macmillan; 2013: 81–99 ([https://doi.org/10.1057/9781137032348\\_4](https://doi.org/10.1057/9781137032348_4)).
9. Chiu WK, Newcomer R. A systematic review of nurse-assisted case management to improve hospital discharge transition outcomes for the elderly. *Prof Case Manag* 2007;12:330–6 (doi: 10.1097/01.PCAMA.0000300406.15572.e2).
10. Ham C. Making sense of integrated care systems, integrated care partnerships and accountable care organizations in the NHS in England. London: The King's Fund; 2018 (<https://www.kingsfund.org.uk/publications/making-sense-integrated-care-systems>).
11. Goodman C, Davies SL, Dickinson A, Gage H, Froggatt K, Morbey H et al. A study to develop integrated working between primary health care services and care homes. London: NIHR Service Delivery and Organisation Programme; 2013 (doi: 10.1186/1472-6963-11-320).
12. Gilbert H. Supporting integration through new roles and working across boundaries. London: The King's Fund; 2016 (<https://www.kingsfund.org.uk/publications/supporting-integration-new-roles-boundaries>).
13. Demou E, Gaffney M, Khan F, Lando JK, Macdonald EB. Case management training needs to support vocational rehabilitation for case managers and general practitioners: a survey study. *BMC Med Educ* 2014;14:95 (<https://doi.org/10.1186/1472-6920-14-95>).
14. Aspinall F, Glasby J, Rostgaars T, Tuntland H, Westendorp RG. New horizons: reablement - supporting older people towards independence. *Age Ageing* 2016;45:572–6. (<https://doi.org/10.1093/ageing/afw094>).
15. Freund T, Everett C, Griffiths P, Hudon C, Naccarella L, Laurant M. Skill mix, roles and remuneration in the primary care workforce: who are the healthcare professionals in the primary care teams across the world? *Int J Nurs Stud* 2015;52:727–43. (<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.11.014>).
16. Ministry of Health, Welfare and Sports, Zorgverzekeraars Nederland, Alzheimer Nederland, ActiZ. Guideline for integrated dementia care: an aid for the development of integrated dementia care. The Hague: Ministry of Health, Welfare and Sports; 2009 (<http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=8275>).
17. Folkersen J, Jensen O, editors. Working in Denmark: working with the elderly, the sick and the disabled. Copenhagen: FOA; 2009 ([applikationer.foa.dk/Publikationer/pjecer/Forbund/SocialSundhedEnglish.pdf](http://applikationer.foa.dk/Publikationer/pjecer/Forbund/SocialSundhedEnglish.pdf)).
18. Spitzer W, Davidson K. Future trends in health and health care: implication for social work practice in an aging society. *Soc Work Health Care* 2013;52:959–86. (<https://doi.org/10.1080/00981389.2013.834028>).
19. Carter N, Valaitis RK, Lam A, Feather J, Nicholl J, Cleghorn L. Navigation delivery models and roles of navigators in primary care: a scoping literature review. *BMC Health Serv Res* 2018;18: 96 (<https://doi.org/10.1186/s12913-018-2889-0>).
20. Cramm JM, Nieboer AP. The changing nature of chronic care and coproduction of care between primary care professionals and patients with COPD and their informal caregivers. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2016;11:175–82 (<https://doi.org/10.2147/COPD.S94409>).
21. Stein, K. Developing a competent workforce for integrated health and social care: what does it take? *Int J Integr Care* 2016;16:9 (<https://doi.org/10.5334/ijic.2533>). ■

<sup>4</sup> All references were accessed 1 December 2018.

## КРАТКОЕ СООБЩЕНИЕ

# Дальнейшая интеграция в сфере первичной медико-санитарной помощи: новые профессиональные роли и новые специальности в рамках оказания интегрированной помощи

Stefania Ilinca<sup>1,2</sup>, Kai Leichsenring<sup>1</sup>, Ricardo Rodrigues<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Европейский центр по вопросам политики и исследований в области социального обеспечения, Вена, Австрия

<sup>2</sup> Институт глобального здоровья головного мозга, Тринити-колледж, Дублин, Ирландия

Автор, отвечающий за переписку: Stefania Ilinca (адрес электронной почты: [ilinc@euro.centre.org](mailto:ilinc@euro.centre.org))

## АННОТАЦИЯ

Непрерывность, комплексность и координация играют ведущую роль в работе первичного звена медицинской помощи, как указано в Алма-Атинской декларации. Следовательно, системы первичной медико-санитарной помощи должны играть ведущую роль в интеграции помощи как внутри систем здравоохранения и социальной поддержки, так и на их пересечении. Кроме того, за последнее десятилетие стало очевидно, что специалисты первичного медико-санитарного звена должны осваивать новые роли и приобретать новые навыки в целях решения проблем, связанных с увеличением числа пациентов с хроническими заболеваниями и мультиморбидностью, а также связанной с этим потребностью в координации предоставляемых услуг.

С целью освоения новых профессиональных ролей работники первичной медико-санитарной помощи взяли на себя новые, выходящие за рамки привычных, функции, освоили новые виды обучения и профили работы, позволяющие сочетать медико-санитарную и социальную помощь, в дополнение к традиционным возможностям в области комплексного ведения и медико-социального сопровождения больных [case and care management] получили развитие новые терапевтические навыки, новой функцией первичной медико-санитарной помощи стала навигация в процессе оказания помощи/осуществления ухода [care navigation]. Таким образом, мы считаем, что в будущем кадрам интегрированной медико-социальной помощи на уровне первичного звена потребуется опора как на эти новые профессиональные профили, так и на новые роли.

**Ключевые слова:** ИНТЕГРИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ, ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ, КАДРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ПРОФЕССИИ В ОБЛАСТИ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ И УХОДА, ПРОФЕССИОНАЛЬНО-КВАЛИФИКАЦИОННАЯ СТРУКТУРА

## ПОТРЕБНОСТЬ В УСЛУГАХ ИНТЕГРИРОВАННОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ

Как указано в Алма-Атинской декларации, системы первичной медико-санитарной помощи должны играть ключевую роль в интеграции помощи как внутри систем здравоохранения и социальной поддержки, так и на их пересечении (1). Кроме того, в последнее десятилетие становится все более очевидным, что системам здравоохранения, ориентированным на оказание стационарной медицинской помощи и лечение заболеваний, необходимо искать новые пути решения проблем, связанных с общемировым старением населения, сопутствующим

увеличением численности пациентов с хроническими заболеваниями и мультиморбидностью, а также с соответствующей потребностью в координации услуг. Эти вызовы привели к интенсификации усилий, направленных на уменьшение фрагментации в и между системами медицинской помощи и социальной поддержки и содействие в координации деятельности многочисленных учреждений, занимающихся оказанием такой помощи и поддержкой, и работающих в этих учреждениях специалистов<sup>1</sup> (2).

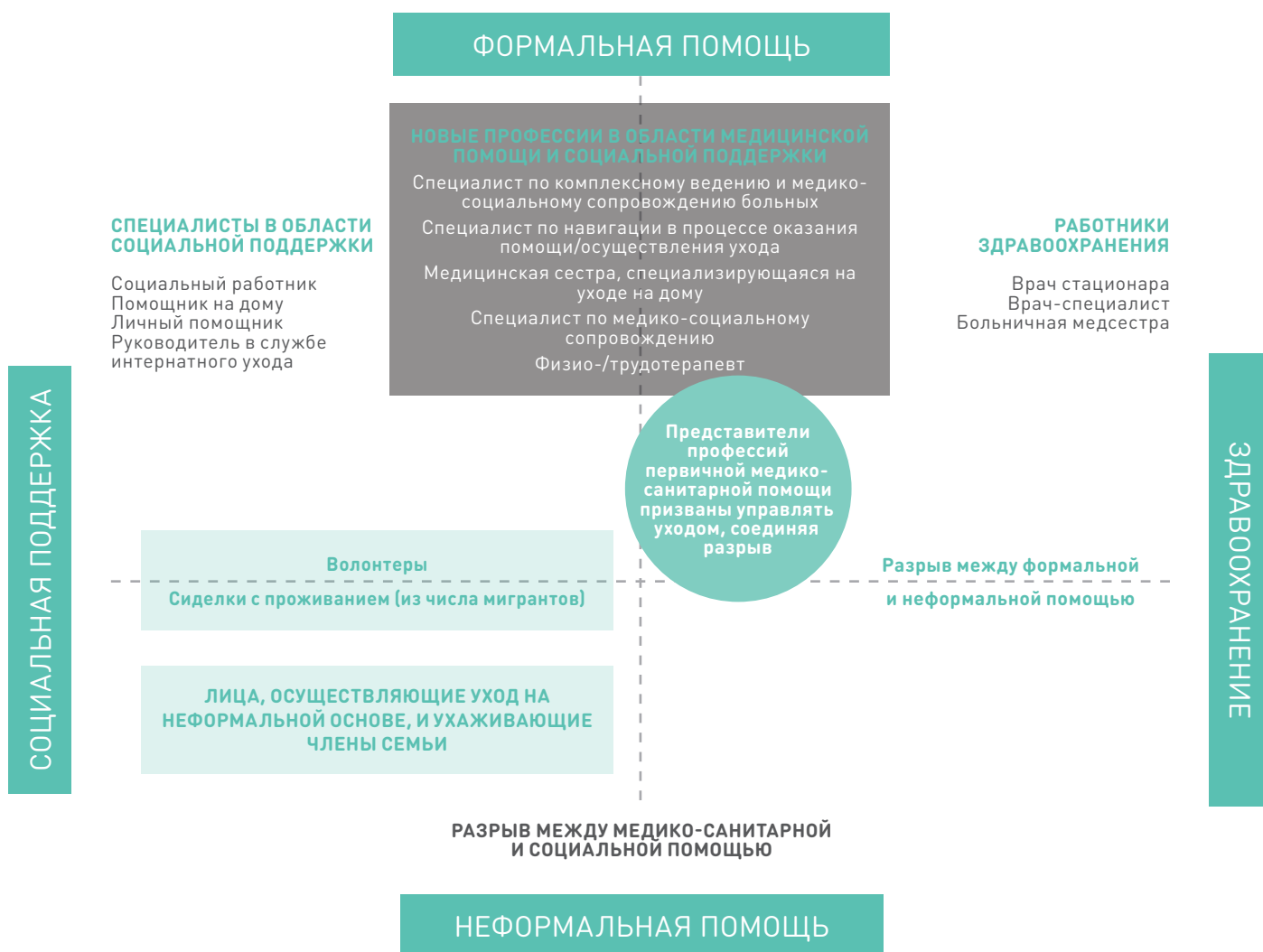
<sup>1</sup> В здравоохранении понятие фрагментации объясняет существующую разрозненность в организации систем здравоохранения на основе специализации или условий ухода, где разные специалисты по уходу специализируются на диагностике и/или лечении состояний, связанных с конкретной системой органов, не обращая внимание на пациента как на единое целое, его благополучие или уход в целом (т. е. основное внимание уделяется деталям, но без учета целого).

Спустя 40 лет после принятия Алма-Атинской декларации, содержащиеся в ней положения о непрерывности, комплексности и координации в качестве ключевых функций первичной медико-санитарной помощи звучат, таким образом, как никогда актуально (1).

Пациенты, которым необходим комплексный долгосрочный уход, прибегают к услугам и рассчитывают на поддержку со стороны формальных сетей работников здравоохранения и социальной сферы, но в то же время, при необходимости дополнительной поддержки, обращаются за неформальной помощью<sup>2</sup>.

На рис. 1 представлена модель того, как разделение ролей различных поставщиков услуг происходит по двум ключевым аспектам: «медико-санитарная – социальная помощь» (например, между врачами общей практики и лицами, осуществляющими уход на дому), «формальная и неформальная помощь» (например, между лицами, осуществляющими уход на дому, и ухаживающими членами семьи). Эта модель показывает, что в целях успешного оказания помощи пациентам со сложными потребностями необходимы коммуникация и координация в рамках так называемого разрыва между двумя аспектами. Для того чтобы этого достичь, представителей новых профессий (например, физиотерапевтов/трудотерапевтов) и прочно устоявшихся

**РИСУНОК 1. РОЛИ РАЗЛИЧНЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ ПРИ ОКАЗАНИИ ИНТЕГРИРОВАННОЙ ПОМОЩИ**



<sup>2</sup> К неформальным сетям относятся социальные сети каждого человека – члены семьи, соседи, друзья, знакомые и коллеги – куда, при необходимости, он может обратиться за поддержкой и уходом.

профессий (например, работников первичной медико-санитарной помощи) все чаще призывают к осуществлению более сложных, межсекторальных функций и оказанию помощи с учетом широкого спектра потребностей пациентов. Графически это отражено на рис. 1, где более традиционные профессии в области здравоохранения и социальной поддержки размещены по краям диаграммы, а новые профессии и профессии в области первичной медико-санитарной помощи находятся на стыке верхних квадрантов поблизости от пациентов, помещенных в центр диаграммы.

Тем не менее в прошлом попытки соединить медицинскую помощь и социальную поддержку, опираясь на первичную медико-санитарную помощь, зачастую оканчивались неудачей и не решали вопроса раздробленности «медико-санитарной – социальной помощи» и «формальной и неформальной помощи». Так, например, в тех странах, где центрам первичной медико-санитарной помощи отводилась роль объединяющего звена работников здравоохранения, сотрудничество часто заканчивалось на взаимодействии врачей общей практики и медицинских сестер или фармацевтов, без привлечения работников социальной сферы. Сходным образом, модели, подобные Модели оказания помощи при хронических заболеваниях [Chronic Care Model], которые предполагают участие врачей общей практики или зарегистрированных медсестер в качестве ответственных за ведение конкретных случаев заболевания [case managers], отвечающих за координацию медицинской помощи и социальной поддержки, редко учитывают тот факт, что пациентами могут оказаться пожилые люди с мультиморбидностью или те, кому необходим долгосрочный уход. В результате пациенты, нуждающиеся как в лечении, так и в социальной поддержке, часто вынуждены прибегать к использованию отделений неотложной помощи с неоднократной госпитализацией («эффект вращающейся двери») либо их потребности остаются неудовлетворенными, что и в том и в другом случае негативно сказывается на качестве их жизни (3–5). Кроме того, инициативы, направленные на улучшение координации в рамках системы здравоохранения, зачастую не учитывают или не поддерживают основополагающую роль тех людей, которые осуществляют неформальный уход при долгосрочных состояниях. Традиционные бригады первичной медико-санитарной помощи идеально подходят для содействия лицам, осуществляющим уход на неформальной основе, но они часто не справляются с оценкой потребностей и консультированием (6).

В числе факторов, сдерживающих прогресс в указанных областях, необходимо назвать ограниченность

институционально-кадрового потенциала первичной медико-санитарной помощи, недостаток структур, обеспечивающих необходимую коммуникацию и обмен информацией, а также ограниченность подготовки работников первичного звена медико-санитарной помощи (2, 7, 8). Нехватка врачей общей практики и других работников первичного звена, недостаточная финансовая поддержка интегрированной работы, нечетко очерченный круг обязанностей и недостаток ресурсов для оказания консультативной помощи пациентам и их семьям, а также недостаточно развитая инфраструктура для междисциплинарной работы и межсекторальной коммуникации также сдерживают усилия по интеграции.

## РАСШИРЕНИЕ ФУНКЦИЙ И НОВАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНО- КВАЛИФИКАЦИОННАЯ СТРУКТУРА ПРИМЕНИТЕЛЬНО К ОКАЗАНИЮ ИНТЕГРИРОВАННОЙ ПОМОЩИ

Вышеупомянутые недостатки в области координации и формирования путей оказания интегрированной помощи привели к осуществлению широкого круга мероприятий на различных уровнях. Так, например, использование исторически сложившихся подходов к оказанию помощи силами медицинских сестер, занимающихся вопросами здравоохранения на уровне сообщества [community health nurses], медицинских сестер семейной практики [family nurses] и специалистов по оказанию консультативной помощи в вопросах охраны здоровья [health counsellors] привело к возрождению старых принципов ведения конкретных случаев заболеваний в современном общественном здравоохранении. Целый ряд пилотных проектов и программ в Австралии, Европе и Соединенных Штатах, а также в нескольких азиатских странах, позволил воссоздать ведение конкретных случаев заболевания в качестве пути повышения обладающего оперативной гибкостью потенциала первичной медико-санитарной помощи, в частности в контексте ведения заболеваний под руководством медицинских сестер (9), но также и применительно к инициативам, где главная роль отводится врачам, примером



чего может служить междисциплинарное оказание помощи по месту жительства в Соединенном Королевстве<sup>3</sup> (10).

Важной тенденцией в работе первичного звена медико-санитарной помощи является изменение профессионально-квалификационной структуры специалистов, то есть комбинации тех видов деятельности и навыков, которые необходимы в рамках данной профессии и обычно охватываются профессиональным образованием, что приводит к расширению их профессиональных ролей за счет задач, которые прежде были бы сочтены выходящими за традиционные рамки. Речь идет о появлении специализации медсестер в рамках национальной системы здравоохранения Шотландии с целью как ведения конкретных заболеваний (например, медицинские сестры, специализирующиеся в области ВИЧ), так и долгосрочного ухода (например, медицинские сестры, специализирующиеся на работе в домах престарелых), а также о формировании у них способности работать на межучрежденческом уровне и в составе междисциплинарных бригад, содействуя облечению коммуникации специалистов в двух описываемых секторах (11, 12). Сходным образом, появление в Соединенных Штатах медицинских сестер, специализирующихся в области оказания помощи пациентам с нарушениями психического здоровья [psychiatric mental health advance practice nurses], а также медсестер, работающих на уровне сообщества в целом [community nurses], в ряде европейских стран, а также в Австралии, Канаде и Соединенных Штатах служит отражением усилий, предпринимаемых работниками здравоохранения в целях выработки новых профессиональных навыков, повышения автономности работы и обеспечения взаимодействия. Однако следует отметить, что во многих случаях подобные изменения представляют собой расширение роли, а не определение этих ролей заново. Другими словами, работников первичной медицинской помощи просят выполнять эти задачи в дополнение к их обычным обязанностям и получать новые профессиональные навыки в дополнение к тем, которые у них уже имеются; например, поставщики первичной медицинской помощи часто должны использовать новые виды коммуникационных и информационных технологий в своей профессиональной практике, без прохождения соответствующего обучения. Эта тенденция приводит к слишком высокой нагрузке на персонал первичной медицинской помощи (13).

Кроме того, представители нетрадиционных медицинских профессий играют все большую роль в координации помощи. Примечательным примером может служить ведущая роль трудотерапевтов и физиотерапевтов в качестве координаторов оказания помощи по месту жительства. В рамках политики активного восстановления в Дании (14), в которой особое внимание уделяется профилактике и реабилитации во время оказания помощи пожилому населению, нетрадиционные работники здравоохранения заполняют пробел, возникающий в связи с малым участием медсестер в профилактических мероприятиях. По мере того как возрастает число нетрадиционных работников здравоохранения, играющих вспомогательную роль в рамках бригад первичной медико-санитарной помощи (15), вероятно, что объем и сложность стоящих перед ними задач будут и далее увеличиваться.

Сходным образом, в ряде европейских стран социальные работники начали выполнять функции координаторов оказания помощи по месту жительства и входят в состав бригад, занимающихся оказанием помощи после выписки. Кроме того, в Соединенном Королевстве повседневные сестринские и терапевтические задачи часто делегируются обученным персональным помощникам и работникам служб поддержки по месту жительства, что свидетельствует о значительном расширении их роли в рамках ухода за пациентами (12). Схожая ситуация складывается в Нидерландах, где методические рекомендации по координации помощи и ухода подчеркивают необходимость наличия высшего профессионального образования у специалистов, занимающихся ведением конкретных случаев заболевания, от которых (в рамках оказания помощи при деменции, например) требуется хорошее знание того, как справиться с проблемами, могущими возникнуть при неформальном уходе, а также наличие навыков в области социальной психиатрии (16).

## ПОЯВЛЕНИЕ НОВЫХ РОЛЕЙ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ПРОФИЛЕЙ

Параллельно с вышеназванными мероприятиями несколько стран предприняли решительные шаги по разработке новых профессиональных профилей, предлагая более интегрированные учебные планы среднего специального и высшего образования с целью преодолеть узкие взгляды на оказание помощи. Так, например, в Дании появились высокопрофессиональные кадры в области социальной

<sup>3</sup> См. также General practice forward view. Redditch: NHS England; 2016 (<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/04/grfv.pdf>, по состоянию на 12 ноября 2018 г.).

помощи, имеющие квалификацию «помощников по социальным и медицинским вопросам» [social and health helpers] и «ассистентов по оказанию социальной поддержки и медицинской помощи» [social and health care assistants], для получения которой необходимо пройти курс теоретического и практического обучения длительностью 14 месяцев и 34 месяца соответственно (17). В Австрии с целью упорядочения ранее разрозненных и нерегулируемых программ обучения для специалистов в области оказания помощи и осуществления ухода за инвалидами, пожилыми людьми и в области семейной медицины внедрен учебный план, сходный с датским. Для работы «специалистом по социальной поддержке в рамках ухода за пожилыми людьми» [specialist social carer in old-age care] требуется пройти двухлетний курс обучения, включающий подготовку к выполнению обязанностей помощника медицинской сестры. Имеется возможность стать «дипломированным специалистом по социальной поддержке», если добавить к этому обучению еще один годичный модуль. Имея такую квалификацию, специалисты по социальной поддержке могут встать во главе команды и занимать другие руководящие позиции, например в домах престарелых или центрах дневного пребывания.

Хотя в Соединенных Штатах таких учебных планов не имеется, в одной из статей, вышедших в 2013 г., при анализе тенденций в области медицины и здравоохранения была высказана мысль о том, что в Соединенных Штатах назрела потребность в создании условий для комплексного обучения и подготовки в области гериатрии, ориентированных как на специалистов по обучению навыкам социальной работы [social work educators], так и на социальных работников гериатрического профиля. В частности, было предложено создавать центры гериатрической подготовки, которые обеспечивали бы краткосрочные интенсивные курсы, сфокусированные на гериатрии, ведении хронических заболеваний и долгосрочном уходе, и предлагались бы всем работникам здравоохранения, включая социальных работников (18).

Инновационная роль, складывающаяся на стыке медицинской помощи и социальной поддержки, – это роль специалиста по навигации в процессе оказания помощи [care navigator] (уже существующая, например, в Австрии, Канаде, Соединенном Королевстве и Соединенных Штатах). С целью уменьшения барьеров для доступа к медицинской помощи и социальной поддержке такие специалисты оказывают пациентам и ухаживающим за ними членам семьи содействие при выборе надлежащих услуг как в области медицинской помощи, так и в сфере

социальной поддержки. Они способствуют ведению здорового образа жизни в соответствии с конкретным заболеванием и помогают решать стоящие перед пациентом вопросы, например в отношении самоконтроля и приверженности лечению, с учетом убеждений и опасений пациента (19). Параллельно в Соединенном королевстве постепенно складываются роли специалиста по навигации по месту жительства [community navigator] и специалиста по связям [link worker]. Они помогают сократить разрыв между оказывающими помощь организациями и обслуживаемым населением, помогая специалистам получить доступ к ресурсам поддержки на уровне сообщества и формируя связи между пациентами и соответствующими организациями (12).

Тем не менее необходимо подчеркнуть, что разработка учебных программ для новых профессиональных профилей, а также их систематическая интеграция сопряжены с рядом серьезных проблем нормативно-правового и финансового порядка и могут занять длительное время. С учетом скорости распространения технологических инноваций и изменяющейся структуры потребностей необходима более энергичная разработка учебных планов и формирование навыков в системе медико-социального образования. Речь идет, например, о выходе за рамки более традиционного обучения, ориентированного в первую очередь на стационарное лечение, и разработке дополнительных курсов и модулей, которые могут быть предложены с целью внедрения интегрированных профилей работы в практику первичной медико-санитарной помощи и практику работы специалистов формирующейся медико-социальной сферы. Такие новые профили могут привести к перераспределению рабочей нагрузки для специалистов более традиционной медицины, что позволит им лучше сосредоточиться на решении задач, соотносимых с их профессиональной подготовкой, и потенциально обеспечит повышение эффективности.

## ВЫВОДЫ

Сектор первичной медико-санитарной помощи будет и далее сталкиваться с растущим спросом со стороны все большего числа пациентов со сложными потребностями. Для того чтобы принять этот вызов, необходимы интеграция медицинской помощи и социальной поддержки, а также координация помощи, оказываемой на формальном и неформальном уровне, как это отражено моделью на рис. 1 (20). Такая интеграция потребует от специалистов первичной медицинской помощи выполнения новых

задач и приобретения новых навыков, такие как использование новых информационных и коммуникационных технологий. Такой подход, очевидно, позволит как повысить скоординированность помощи, так и обеспечить более эффективное выделение кадровых ресурсов для решения конкретных задач в процессе оказания помощи/осуществления ухода. Этот подход также будет более действенным в местах, где все чаще оказывается помощь: на дому и по месту жительства, а не в условиях стационара (будь то помощь в острых случаях или долгосрочный уход в учреждениях интернатного типа). Однако новые типы ролей и навыков, которые требует такой подход, нельзя рассматривать просто как дополнения к существующим профилям работы; чтобы избежать увеличения нагрузки на уже перегруженный персонал, необходимо будет предоставить соответствующее обучение и усовершенствовать организационную структуру как внутри, так и между медицинскими и социальными профессиями. Следовательно, будут необходимы радикальные изменения существующих рабочих процессов, перераспределение бюджетных средств для того, чтобы провести дополнительное обучение, и обязанностей между работниками сферы оказания медико-санитарной помощи.

Для принятия такого подхода необходимо будет искать пути эффективного преодоления факторов, препятствующих совместной работе специалистов здравоохранения и служб социальной поддержки, а также тех, кто оказывает помощь и осуществляет уход на формальной или неформальной основе. Необходимо уделять больше внимания выработке единого перспективного видения путем внедрения соответствующих квалификационных профилей и обеспечения возможностей для совместного обучения и дополнительной подготовки с целью расширения профессионально-квалификационной структуры работников здравоохранения и социальной поддержки (21). Роль первичной медико-санитарной помощи и ее важность в системе здравоохранения будут и далее возрастать, что повлечет за собой ставку на новую идентичность «работника первичной медико-санитарной помощи». Тем не менее модель, предлагаемая нами на рис. 1, обладает огромным потенциалом для облегчения совместного обучения на стыке различных секторов.

**Выражение признательности:** не заявлено.

**Источники финансирования:** не заявлены.

**Конфликт интересов:** не заявлен.

**Ограничение ответственности:** авторы несут самостоятельную ответственность за мнения, выраженные в данной публикации, которые необязательно представляют решения или политику Всемирной организации здравоохранения.

## БИБЛИОГРАФИЯ<sup>4</sup>

1. Алма-Атинская декларация. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 1978 ([http://www.who.int/social\\_determinants/tools/multimedia/alma\\_ata/en/](http://www.who.int/social_determinants/tools/multimedia/alma_ata/en/)).
2. Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, Saltman RB. Выстраивание первичной медико-санитарной помощи в условиях меняющейся Европы. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 (<http://www.euro.who.int/ru/publications/abstracts/building-primary-care-in-a-changing-europe-2015>).
3. Hudon C, Chouinard M-C, Lambert M, Diadiou F, Bouliane D, Beaudin J. Key factors of case management interventions for frequent users of healthcare services: a thematic analysis review. *BMJ Open* 2017;7:e017762. doi:10.1136/bmjopen-2017-017762.
4. Busse R, Blümel M, Scheller-Kreinsen D, Zentner A. Борьба с хроническими болезнями в Европе: стратегии, принимаемые меры и задачи. Копенгаген: Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения; 2010 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/publications/2010/tackling-chronic-disease-in-europe-strategies,-interventions-and-challenges-2010>).
5. Rijken M, Struckmann V, van der Heide I, Hujala A, Barbabella F, van Ginneken E et al. How to improve care for people with multimorbidity in Europe? Amsterdam/Berlin: NIVEL and TU Berlin; 2016 ([https://www.icare4eu.org/pdf/PB\\_23.pdf](https://www.icare4eu.org/pdf/PB_23.pdf)).
6. Carduff E, Jarvis A, Highet G, Finucane A, Kendall M, Harrison N et al. Piloting a new approach in primary care to identify, assess and support carers of people with terminal illnesses: a feasibility study. *BMC Fam Pract* 2016;17:18. <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0414-2>.
7. Glimmerveen L, Nies H. Integrated community-based dementia care: the Geriant model. *Int J Integr Care* 2015; 15:e020.
8. Allen K, Glasby J, Rodrigues R. Joint working between health and social care. In: Leichsenring K, Billings J, Nies H. Long-term care in Europe: improving policy and practice. Basingstoke: Palgrave Macmillan; 2013: 81–99.

<sup>4</sup> Все ссылки приводятся по состоянию на 8 декабря 2018 г.

9. Chiu WK, Newcomer R. A systematic review of nurse-assisted case management to improve hospital discharge transition outcomes for the elderly. *Prof Case Manag* 2007;12:330–6.
10. Ham C. Making sense of integrated care systems, integrated care partnerships and accountable care organizations in the NHS in England. London: The King's Fund; 2018 (<https://www.kingsfund.org.uk/publications/making-sense-integrated-care-systems>).
11. Goodman C, Davies SL, Dickinson A, Gage H, Froggatt K, Morbey H et al. A study to develop integrated working between primary health care services and care homes. London: NIHR Service Delivery and Organisation Programme; 2013.
12. Gilbert H. Supporting integration through new roles and working across boundaries. London: The King's Fund; 2016.
13. Demou E, Gaffney M, Khan F, Lando JK, Macdonald EB. Case management training needs to support vocational rehabilitation for case managers and general practitioners: a survey study. *BMC Med Educ* 2014;14:95. doi: 10.1186/1472-6920-14-95.
14. Aspinall F, Glasby J, Rostgaars T, Tuntland H, Westendorp RG. New horizons: reablement - supporting older people towards independence. *Age Ageing* 2016;45:572–6. doi: 10.1093/ageing/afw094.
15. Freund T, Everett C, Griffiths P, Hudon C, Naccarella L, Laurant M. Skill mix, roles and remuneration in the primary care workforce: who are the healthcare professionals in the primary care teams across the world? *Int J Nurs Stud* 2015;52:727–43. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.11.014.
16. Ministry of Health, Welfare and Sports, Zorgverzekeraars Nederland, Alzheimer Nederland, ActiZ. Guideline for integrated dementia care: an aid for the development of integrated dementia care. The Hague: Ministry of Health, Welfare and Sports; 2009.
17. Folkersen J, Jensen O, editors. Working in Denmark: working with the elderly, the sick and the disabled. Copenhagen: FOA; 2009 ([applikationer.foa.dk/Publikationer/pjecer/Forbund/SocialSundhedEnglish.pdf](http://applikationer.foa.dk/Publikationer/pjecer/Forbund/SocialSundhedEnglish.pdf)).
18. Spitzer W, Davidson K. Future trends in health and health care: implication for social work practice in an aging society. *Soc Work Health Care* 2013;52:959–86. doi: 10.1080/00981389.2013.834028.
19. Carter N, Valaitis RK, Lam A, Feather J, Nicholl J, Cleghorn L. Navigation delivery models and roles of navigators in primary care: a scoping literature review. *BMC Health Serv Res* 2018;18: 96. doi: 10.1186/s12913-018-2889-0.
20. Cramm JM, Nieboer AP. The changing nature of chronic care and coproduction of care between primary care professionals and patients with COPD and their informal caregivers. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2016;11:175–82. doi:10.2147/COPD.S94409.
21. Stein, K. Developing a competent workforce for integrated health and social care: what does it take? *Int J Integr Care* 2016;16:9. doi: 10.5334/ijic.2533. ■

## SHORT COMMUNICATION

# The Austrian health care reform: an opportunity to implement health promotion into primary health care units

Daniela Rojatz<sup>1</sup>, Peter Nowak<sup>1</sup>, Rainer Christ<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Austrian Public Health Institute, Vienna, Austria

Corresponding author: Rainer Christ (email: Rainer.Christ@goeg.at)

## ABSTRACT

The Austrian health reform of 2013 aims to strengthen primary health care. In 2014, a new primary care concept (1) was adopted which outlined the content of the law endorsed in 2017 that defines inter- and multi-disciplinary primary health care units (PCUs) as a new organisational structure. For the first time, health promotion, prevention and health literacy are defined as tasks of these PCUs. Until now, health promotion in primary care focused on individual risk prevention instead of developing resources at the individual and community level. A project to systematically implement health promotion, disease

prevention and health literacy into these new PCUs was initiated. Given the lack of a tradition in health promotion in Austrian health care, a clear vision of the intended reorientation of primary health care is needed, accompanied by measures to build capacity for health professionals, framework conditions for appropriate health promotion structures and processes, and implementation guidelines. The concepts and experiences of the network of health-promoting hospitals and health-literate organisations provide valuable information in this respect.

**Keywords:** PRIMARY HEALTH CARE, HEALTH PROMOTION, DISEASE PREVENTION, HEALTH LITERACY, REORIENTING HEALTH SERVICES

## BACKGROUND: STRENGTHENING PRIMARY HEALTH CARE IN AUSTRIA

Austria's health care reform of 2013 aims to strengthen primary health care (2). The new primary health concept of 2014 (1) was followed by a new primary care law in 2017 (3) which defines inter- and multi-disciplinary primary health care units (PCUs) as a new organisational structure and their respective tasks. Primary health care is to be strengthened in order to prevent illness and to ensure improved, high-quality and efficient medical treatment (1). It is also needed to better meet the expectations of patients and health-care professionals, for enhanced continuity of care, and to make the role and function of general practitioners (GPs) more attractive.

The new primary health care law defines various requirements for PCUs (1, 3) including:

- Inter- and multi-professional teams consisting of a core team of general practitioners and nurses as well as other

health professionals, such as a social worker or psychologist, depending on location and need,

- provision of health promotion and prevention, and
- elaboration of a care concept as a basis for service provision that includes, among others, care goals, the range of tasks to be provided, and cooperation partners, such as communities and pharmacies. It also provides the basis for negotiations with financiers.

Until 2021, 75 new primary health care units (PCUs) will have been established (4).

For the first time, health promotion and prevention, through the law, and health literacy, through a policy paper, are explicitly defined as tasks of primary health care (1, 3). Health promotion, based on a bio-psycho-social concept of health, is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health (5). Health promotion in primary health care is not only appropriate because of its high utilisation by a large part of the population, but also because of its navigating gatekeeper function to other services.



Disease prevention aims to improve health by avoiding or eliminating risks. Health literacy is a key determinant of health and “entails people’s knowledge, motivation and competences to access, understand, appraise and apply health information in order to make judgements and take decisions in everyday life concerning health care, disease prevention and health promotion to maintain or improve quality of life during the life course” (6).

The implementation of the new tasks must take into account a number of existing framework conditions in Austria. Firstly, until now, health promotion in primary care focused on individual risk prevention by Austrian GPs instead of developing resources at the individual and community level. Such were the findings of a scoping study on health promotion in primary health care in Austria (7), as also observed in other studies (8). In addition, the concepts are understood and implemented differently and mainly in a very narrow view (9): studies show that GPs have only a vague conceptual understanding of health promotion and prevention and tend to understand it more in terms of simply prevention, as through vaccinations (8–10). Furthermore, there are national and regional initiatives to promote health, such as through the promotion of workplace or community health, but primary care has largely been unaffected to date. A lack of information about regional health promotion measures and their coordination hinders the ability of GPs to refer to them.

Against this background, the implementation of the new PCUs is a unique opportunity to systematically introduce comprehensive health promotion through inter- and multi-professional teams. A common and comprehensive understanding and vision is needed regarding these new tasks among primary health care actors and policymakers. Moreover, it is necessary to specify how health promotion and disease prevention can and should be included into the everyday practice of PCUs: namely, which structures, processes and tasks are necessary and how these should be implemented. Therefore, a four-year project was initiated to reorient primary health care and to systematically implement health promotion, prevention and literacy into the new PCUs. It is funded by the Main Association of Austrian Social Security Institutions and the Austrian Health Promotion Fund and implemented by the Austrian Public Health Institute [Gesundheit Österreich GmbH] and the Institute for Health Promotion and Prevention.

## APPROACH AND METHODS

Implementing systematic change requires addressing multiple domains (11). Therefore, our project addresses the micro-, meso- and macro-levels. In line with current developments, we started with addressing the meso-level by providing a vision and mission for PCUs with respect to the issues of health promotion, disease prevention and health literacy, and a so-called how-to-complete document, or blueprint, for the care concept with respect to these three issues. In addition, we focused on the micro-level and worked on developing a compilation of tools for PCUs to implement in their organisations, to raise the awareness of health promotion, disease prevention and health literacy among PCU teams and improve the respective skills of team members.

At the same time, we try to provide support at the macro-level in order to ensure suitable external conditions for implementation, such as for financing and competencies for health professionals.

The products are developed through an ongoing participatory process based on research, the processing of scientific literature, and models of good practice. In particular, targeted conferences are used to present preliminary project results, draft products and hold workshops, and inputs received from participants are used for the further development of products. In addition, site visits are conducted at existing PCUs and projects with best practices related to health promotion, to improve understanding about what health promotion, disease prevention and health literacy mean for the PCU context. The products will then be piloted in practice and further refined. Table 1 illustrates the project plan.

## EXPECTED PRODUCTS (RESULTS)

Our operational objective is the development of the following products which target the meso-level, through deliverables 1 and 2, and the micro-level, through deliverable 3:

- Deliverable 1: Ideal model of a health-oriented PCU describes the concepts as well as the vision and mission of a health-promoting, health-preventing and health-literate PCU.
- Deliverable 2: Blueprint for the care concept for a PCU with regard to health promotion, disease prevention and health literacy. These are intended to simplify, for teams starting or planning a PCU, the design of their PCUs.

TABLE 1. PROJECT PLAN

Year	2018	2019	2020	2021
Products				
Ideal model of a health-oriented PCU	development	implementation and refinement		
Blueprints for the care concept and contract for a PCU with regard to health promotion, disease prevention and health literacy	development	piloting in practice		
Manual for the implementation of health promotion, prevention and health literacy tasks in a new PCU	collecting first tools	developing manual	piloting in practice	
Accompanying transfer of (preliminary) project results and products	ongoing			

Note: deviations are possible due to the participatory approach and the annual commissioning of the project

Here, it is possible to build on the standards of the international network of health-promoting hospitals and health services as well as standards for health literate health care organizations (12–14).

- Deliverable 3: Manual with hands-on recommendations for the implementation of health promotion, disease prevention and health literacy tasks, such as having checklists and a collection of tools, in a new PCU. Tools for monitoring and quality assurance will be developed to support the continuity and improvement of these tasks.

Currently, in the autumn of 2018, the first draft for the ideal model and the blueprints are available, and these will be subjected to a further feedback loop with stakeholders. The first preliminary versions of both will be available by the end of the year.

## LESSONS LEARNT TO DATE: FACTORS TO BE TAKEN INTO ACCOUNT

Since our project has only just started, no ready-to-use products are yet available for presentation here. Instead, we pass on the experience we have gathered to date with respect to the factors that need to be taken into account during development.

Our work has focused on the meso-level until now. The work on the first deliverable, the ideal model of a PCU, is an attempt to overcome the lack of a tradition in health promotion in Austria through the proposition of a new practical model. In view of the challenging work involved in establishing new PCUs, given the existing strong focus of GPs on the treatment of individual illnesses, it is important to find ways to convey the vision and

practice of health promotion, prevention and health literacy in a comprehensible and appealing way.

For the elaboration of deliverable 2, the blueprint care concept, it is necessary to combine different framework conditions, such as actual practice in PCUs and efforts of the federal government to support the new PCUs, in order to make them connectable to all relevant developments. In the end, PCUs will not be able to provide all of the possible services themselves, but will have to cooperate with and refer to other health promotion services in the region. This therefore implies new competencies needed by the PCU teams, such as cooperation and networking with other services and the community.

The project finds that, with respect to the macro-level, it is important to improve financial and structural regulations, to ensure that health promotion is systematically implemented and does not depend solely on the commitment of individual professionals. For example, the inclusion of these services in a basic lump sum remuneration carries the risk of falling back into established medical care practice instead of encouraging new health promotion tasks in everyday practice. Furthermore, contracts between PCUs and their financiers, such as health insurers and regional governments, must ensure that not only individual health promotion measures, but also population-based measures, are reimbursed and that financing models provide incentives to implement these activities. Accordingly, financiers also need to reorient themselves towards health promotion.

Finally, the education of the health professions is strongly oriented towards the treatment of illness and care. The notions of health promotion and health literacy are vague (9, 10). Accordingly, training curricula should also be taken into account.

## CONCLUSION

Forty years after the declaration of Alma-Ata (15) and 30 years after the declaration of Ottawa (5), a systematic initiative has been launched in Austria to align primary health care with the health promotion and health literacy needs of people. Given the increase in chronic diseases, people are challenged to learn how to deal with their illnesses. PCUs can make an important contribution here, especially for people with low health literacy. The introduction of the complementary health-oriented perspective in PCUs will need significant practical support for health professionals and attractive framework conditions. This fundamental reorientation of primary health care towards health promotion, disease prevention and health literacy will take years (16).

Since health promotion in primary health care is a rather underdeveloped area internationally (17), our products and learning experiences can serve as inspiration for other countries. In particular, the ideal model could also be taken up and further developed by other countries for their respective contexts. In line with health-promoting and health-literate hospitals, there could also be health-promoting and health-literate PCUs in Europe and elsewhere in the future.

**Acknowledgements:** None declared.

**Sources of funding:** The project is funded by the Austrian Health Promotion Fund and the Main Association of Austrian Social Security Institutions.

**Conflicts of interest:** None declared.

**Disclaimer:** The authors alone are responsible for the views expressed in this publication and they do not necessarily represent the decisions or policies of the World Health Organization.

## REFERENCES<sup>1</sup>

1. "Das Team rund um den Hausarzt". Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich ["The team surrounding the family doctor". Concept for multi-professional and interdisciplinary primary care in Austria]. Wien: Bundesministerium für Gesundheit; 2014.
2. Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG (2013): Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit [Federal law enacting a federal law on partnership-based health target]. BGBl. I Nr. 81/2013.
3. PrimVG (2017): Bundesgesetz über die Primärversorgung in Primärversorgungseinheiten [Federal law on primary care in primary health care units]. BGBl. I Nr. 131/2017.
4. Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG (2017): Bundesgesetz, mit dem ein Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit erlassen wird [Federal law enacting a federal law on partnership-based health target]. BGBl. I Nr. 131/2017.
5. Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva: World Health Organization; 1986 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/129532/Ottawa\\_Charter.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf?ua=1)).
6. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD. Health literacy. The solid facts. Copenhagen: World Health Organization; 2013 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/190655/e96854.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf)).
7. Klein C, Pertl D, Rojatz, D, Nowak P. Gesundheitsförderung im Setting Hausarztpraxis [Health promotion in the setting of a family doctor's practice]. Wien: Gesundheit Österreich GmbH; 2017.
8. Peckham S, Hann A, Kendall S, Gillam S. Health promotion and disease prevention in general practice and primary care: a scoping study. *Primary health care research & development*. 2017;18(6):529–540.
9. Schein S. Was verstehen niedergelassene Allgemeinmediziner unter „Gesundheitsförderung“? [What do general practitioners understand by "health promotion"?]. Graz: Masterarbeit Medizinische Universität Graz - Universitätslehrgang Public Health; 2012.
10. Rumpelberger K. Gesund ist, wer nicht krank ist? Subjektive Gesundheitsvorstellungen oö. Hausärzte und ihre gegenwärtige und zukünftige Rolle, in Gesundheitswissenschaften [Healthy is who is not sick? Subjective health concepts of Upper Austrian general practitioners and their current and future role in health sciences]. Linz: OÖ Gebietskrankenkasse Linz; 2013.
11. Harnett PJ. Improvement attributes in healthcare: implications for integrated care. *Int J Health Care Qual Assur*. 2018; 31(3):214–227.
12. Dietscher C, and Pelikan JM. Health-literate Hospitals and Healthcare Organizations – Results from an Austrian Feasibility Study on the Self-assessment of organizational Health Literacy in Hospitals. In: Schaeffer D, Pelikan JM, editors. *Health Literacy. Forschungsstand und Perspektiven*. Bern: Hogrefe; 2017: 303–313.

<sup>1</sup> All references were accessed 15 November 2018.

13. Brach C. The Journey to Become a Health Literate Organization: A Snapshot of Health System Improvement. *Stud Health Technol Inform.* 2017;240:203–237.
14. Groene O. Implementing health promotion in hospitals: Manual and self-assessment forms. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006.
15. International Conference on Primary Health Care: Declaration of Alma-Ata. Geneva: World Health Organization; 1978.
16. Dedeu T, Martí T. Multiprofile Primary Health Care Teams in Catalonia, Spain: A Population-Based Effective Model of Services Delivery, good practice brief. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/366498/HSS-NCDs-Policy-brief-cat.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/366498/HSS-NCDs-Policy-brief-cat.pdf?ua=1)).
17. Watson M. Going for gold: the health promoting general practice. *Quality in Primary Care.* 2008;16(3):177–85. ■

## КРАТКОЕ СООБЩЕНИЕ

# Австрийская реформа здравоохранения: возможность осуществлять укрепление здоровья на уровне учреждений первичной медико-санитарной помощи

Daniela Rojatz<sup>1</sup>, Peter Nowak<sup>1</sup>, Rainer Christ<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Австрийский институт общественного здравоохранения, Вена, Австрия

Автор, отвечающий за переписку: Rainer Christ (адрес электронной почты: Rainer.Christ@goeg.at)

## АННОТАЦИЯ

Австрийская реформа здравоохранения 2013 г. направлена на укрепление первичной медико-санитарной помощи. В 2014 г. была утверждена новая концепция первичной медико-санитарной помощи (1), в которой изложено содержание закона, принятого в 2017 г. и определяющего меж- и многодисциплинарные учреждения первичной медико-санитарной помощи (УПМСП) в качестве новой организационной структуры. Укрепление здоровья, профилактика и повышение грамотности в вопросах здоровья впервые определены в качестве задач таких УПМСП. До настоящего времени укрепление здоровья в рамках первичной медико-санитарной помощи было ориентировано на профилактику отдельных рисков, а не на формирование ресурсов индивида и сообщества. Был инициирован проект по систематическому внедрению укрепления

здоровья, профилактики заболеваний и повышения грамотности в вопросах здоровья на уровне таких новых УПМСП. Учитывая отсутствие традиций в области укрепления здоровья в австрийском здравоохранении, необходимо четкое видение предполагаемой переориентации системы первичной медико-санитарной помощи в сочетании с мерами по наращиванию возможностей для работников здравоохранения, базовыми условиями для создания надлежащих структур и процессов укрепления здоровья, а также методическими рекомендациями по внедрению. Концепции и опыт сети больниц, способствующих укреплению здоровья, и организаций, содействующих повышению грамотности в вопросах здоровья, служат в этом отношении ценным источником информации.

**Ключевые слова:** ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ, УКРЕПЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ, ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ, ГРАМОТНОСТЬ В ВОПРОСАХ ЗДОРОВЬЯ, ПЕРЕОРИЕНТАЦИЯ УСЛУГ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

## ИСХОДНЫЕ СВЕДЕНИЯ: СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В АВСТРИИ

Австрийская реформа здравоохранения 2013 г. направлена на укрепление первичной медико-санитарной помощи (2). За разработкой новой концепции первичной медико-санитарной помощи в 2014 г. (1) последовало принятие нового закона о первичной медико-санитарной помощи в 2017 г. (3). Этот закон дает определение меж- и многодисциплинарным учреждениям первичной медико-санитарной помощи (УПМСП) в качестве новой организационной структуры, а также прописывает их задачи. Первичная

медико-санитарная помощь нуждается в совершенствовании с тем, чтобы предотвращать заболевания и обеспечивать оптимальное, высококачественное и эффективное лечение (1). Необходимо также лучше удовлетворять ожидания пациентов и работников здравоохранения в целях обеспечения непрерывности оказания помощи, а также с тем, чтобы повысить привлекательность роли и работы врачей общей практики.

Новый закон о первичной медико-санитарной помощи определяет различные требования к УПМСП (1, 3), включая следующее:

- меж- и многодисциплинарные бригады, основу которых составляют врачи общей практики и медицинские сестры и которые включают других работников здравоохранения (например, социального работника



или психолога) в зависимости от местоположения и необходимости;

- предоставление услуг укрепления здоровья и профилактики;
- разработка концепции оказания помощи как основы для оказания услуг. Концепция включает, в частности, цели оказания услуг, круг задач, требующих осуществления, а также перечень партнеров, таких как сообщества и аптеки, и является основой для достижения договоренностей с финансирующими организациями.

В период до 2021 г. предстоит сформировать 75 учреждений первичной медико-санитарной помощи (УПМСП) нового типа (4).

Укрепление здоровья, профилактика и повышение грамотности в вопросах здоровья впервые четко определены в качестве задач первичной медико-санитарной помощи (1, 3). Укрепление здоровья, в основу которого положена биопсихосоциальная концепция здоровья, – это процесс, позволяющий населению повысить контроль за собственным здоровьем и улучшить его (5). Укрепление здоровья в рамках первичной медико-санитарной помощи целесообразно не только в силу ее возможности легко охватить значительную часть населения, но и благодаря тому, что первичное звено выполняет ее функции диспетчера, или координатора, для получения других услуг.

Профилактика заболеваний призвана способствовать улучшению здоровья за счет предупреждения и устранения рисков. Грамотность в вопросах здоровья является одним из ключевых детерминантов здоровья и «подразумевает наличие у людей знаний, мотивации и умений, необходимых для получения, понимания, оценки и применения медицинской информации с тем, чтобы выносить собственные суждения и принимать решения в повседневной жизни, касающиеся медико-санитарной помощи, профилактики заболеваний и укрепления здоровья, для поддержания или улучшения качества жизни на всех ее этапах» (6).

При осуществлении этих новых задач следует учитывать ряд существующих в Австрии базовых условий. Во-первых, до настоящего времени укрепление здоровья в рамках первичной медико-санитарной помощи было ориентировано на профилактику австрийскими врачами общей практики отдельных рисков, а не на формировании ресурсов индивида и сообщества. Это показали результаты

предварительного исследования, посвященного укреплению здоровья в рамках первичной медико-санитарной помощи в Австрии (7), и это же было отражено рядом других исследований (8). Кроме того, концепции понимаются и реализуются по-разному и в основном очень узко (9): исследования показывают, что врачи общей практики имеют лишь смутное концептуальное представление об укреплении здоровья и профилактике и склонны подходить к этому как к простой профилактике, например с помощью вакцинации (8–10). Кроме того, существуют общенациональные и региональные инициативы по укреплению здоровья, например с помощью укрепления здоровья на рабочих местах или по месту проживания, но первичная медико-санитарная помощь до настоящего времени в основном оставалась в стороне от этих усилий. Отсутствие информации о региональных мерах по укреплению здоровья и их координации препятствует обращению к ним врачей общей практики.

Исходя из этого, создание новых УПМСП является уникальной возможностью для внедрения комплексного укрепления здоровья с помощью меж- и многодисциплинарных бригад. В отношении этих новых задач необходимо добиться единого и всестороннего понимания и видения со стороны представителей первичной медико-санитарной помощи и ответственных должностных лиц. Более того, необходимо четко прописать, каким образом укрепление здоровья и профилактика заболеваний могут и должны быть включены в повседневную практику УПМСП, а именно, какие структуры, процессы и задачи необходимы и как они должны осуществляться. Таким образом, в целях переориентации первичной медико-санитарной помощи и систематического осуществления мероприятий по укреплению здоровья, профилактике и повышению грамотности в вопросах здоровья на базе новых УПМСП был инициирован четырехлетний проект. Этот проект финансируется Центральной ассоциацией учреждений социальной защиты Австрии и Австрийским фондом укрепления здоровья и реализуется Институтом общественного здравоохранения Австрии (Gesundheit Österreich GmbH) и Институтом укрепления здоровья и профилактики.

## ПОДХОД И МЕТОДЫ

Для осуществления систематических изменений требуется многоплановая работа (11). По этой причине наш проект учитывает микро-, мезо- и макроуровни. В соответствии с текущими изменениями мы начали с работы

на мезоуровне, сформулировав задачи и перспективное видение для УПМСП в отношении укрепления здоровья, профилактики заболеваний и повышения грамотности в вопросах здоровья, а также подготовив документ с пошаговой инструкцией для создания проекта с изложением основной концепции применительно к трем вышеназванным областям. Кроме того, мы сосредоточили внимание на микроуровне и поработали над подбором инструментов, позволяющих УПМСП осуществлять эти мероприятия в своих организациях, повышать осведомленность коллективов УПМСП о возможностях для укрепления здоровья, профилактики заболеваний и повышения грамотности в вопросах здоровья и развивать необходимые навыки работников.

В то же время мы стремимся оказывать поддержку на макроуровне, с тем чтобы обеспечить создание внешних условий, необходимых для реализации проекта, в частности для его финансирования и совершенствования подготовки работников здравоохранения.

Разработка продуктов осуществляется в рамках непрерывного процесса совместной работы с опорой на научные исследования, анализ научной литературы и моделей передовой практики. В частности, для представления предварительных результатов проекта, обсуждения продукции на этапе разработки и проведения семинаров используются соответствующие конференции. Мнения и предложения участников учитываются при доработке соответствующих продуктов. Кроме того, практикуются посещения существующих УПМСП и мест осуществления передовых проектов в области укрепления здоровья с целью получить

более четкое представление о том, как укрепление здоровья, профилактика заболеваний и повышение грамотности в вопросах здоровья могут осуществляться в условиях УПМСП. Разработанные продукты пройдут апробацию и будут соответствующим образом доработаны. Таблица 1 отражает план осуществления проекта.

## ПЛАНИРУЕМЫЕ ПРОДУКТЫ (РЕЗУЛЬТАТЫ)

Нашей оперативной задачей является разработка следующих продуктов, ориентированных на мезоуровень (конкретные результаты 1 и 2) и микроуровень (конкретный результат 3).

- Конкретный результат 1: идеальная модель УПМСП, ориентированного на укрепление здоровья, описывает концепции, а также перспективное видение и миссию УПМСП, ориентированного на укрепление здоровья и повышение грамотности в вопросах здоровья.
- Конкретный результат 2: проект концепции оказания помощи для УПМСП применительно к укреплению здоровья, профилактике заболеваний и повышению грамотности в вопросах здоровья. Цель состоит в том, чтобы облегчить для учредителей УПМСП создание организаций, ориентированных на укрепление здоровья. В данном случае можно опираться на стандарты международной сети больниц и служб здравоохранения, ориентированных на укрепление здоровья (12–14).

ТАБЛИЦА 1. ПЛАН ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ПРОЕКТА

Год	2018	2019	2020	2021
Идеальная модель УПМСП, ориентированного на укрепление здоровья	Разработка	Внедрение и доработка		
Проект концепции оказания помощи и контракта для УПМСП применительно к укреплению здоровья, профилактике заболеваний и повышению грамотности в вопросах здоровья	Разработка	Апробация		
Методическое руководство по осуществлению укрепления здоровья, профилактики заболеваний и повышения грамотности в вопросах здоровья в числе задач новых УПМСП	Первичный сбор инструментов	Разработка методического руководства	Апробация	
Сопровождение распространения (предварительных) результатов проекта и продуктов	На постоянной основе			

**Примечание:** возможны отклонения от плана в связи с особенностями совместной работы и необходимостью ежегодного возобновления проекта

- Конкретный результат 3: методическое руководство, содержащее практические рекомендации по осуществлению мероприятий, направленных на укрепление здоровья, профилактику заболеваний и повышение грамотности в вопросах здоровья, таких как использование контрольных перечней и наборов инструментов в новом УПМСП. Для обеспечения непрерывности и совершенствования этой деятельности будут разработаны инструменты мониторинга и контроля качества.

На данный момент, то есть по состоянию на осень 2018 г., уже имеется первый вариант идеальной модели и проекта концепции, которые предполагается дорабатывать с учетом замечаний и предложений заинтересованных сторон. Первые предварительные версии обоих документов будут доступны к концу текущего года.

## УРОКИ, ИЗВЛЕЧЕННЫЕ НА ДАННЫЙ МОМЕНТ: ФАКТОРЫ, ТРЕБУЮЩИЕ УЧЕТА

Поскольку наш проект стартовал совсем недавно, в нашем распоряжении пока не имеется готовых продуктов, которые могли бы быть представлены здесь. Пока мы лишь делимся опытом, накопленным к настоящему времени в отношении факторов, требующих учета при разработке.

Наша работа до настоящего времени была ориентирована на мезоуровень. Применительно к первому конкретному результату, идеальной модели УПМСП, работа является попыткой преодолеть отсутствие в Австрии традиций в области укрепления здоровья, предложив новую практическую модель. Ввиду предстоящей непростой работы по созданию новых УПМСП и с учетом того, что врачи общей практики уделяют основное внимание лечению отдельных заболеваний, необходимо найти пути, позволяющие максимально полным и привлекательным образом донести перспективное видение и внедрить практику укрепления здоровья, профилактики и повышения грамотности в вопросах здоровья.

Применительно ко второму конкретному результату, проекту концепции оказания помощи, необходимо комбинирование различных базовых условий, таких как реальная практика работы в УПМСП и усилия федерального правительства по поддержке новых УПМСП, с тем чтобы они могли учитываться в ходе всех соответствующих

разработок. В конечном итоге УПМСП не смогут оказывать все возможные услуги самостоятельно, но будут вынуждены сотрудничать с другими ориентированными на укрепление здоровья службами в регионе и смогут направлять туда пациентов. Для этого работникам УПМСП потребуются новые навыки – например, сотрудничества и сетевого взаимодействия с другими службами и сообществом.

Проект показывает, что для того, чтобы обеспечить систематическое осуществление мер по укреплению здоровья, не полагаясь исключительно на добросовестность и приверженность отдельных работников здравоохранения, на макроуровне необходимо совершенствование нормативно-правовых актов, относящихся к финансированию и структуре. Так, например, включение этих услуг в паушальную сумму базового вознаграждения сопряжено с риском возврата к устоявшейся практике оказания медицинской помощи вместо того, чтобы стимулировать реализацию мероприятий, направленных на укрепление здоровья в повседневной практике. Кроме того, контракты между УПМСП и финансирующими организациями, такими как службы медицинского страхования и региональные правительства, должны способствовать тому, чтобы вознаграждались не только усилия, направленные на укрепление здоровья отдельных пациентов, но и мероприятия популяционного характера, и чтобы финансовые модели предусматривали стимулирующие выплаты за осуществление такой деятельности. Соответственно, финансирующим организациям также необходимо переориентироваться на укрепление здоровья.

Наконец, обучение работников здравоохранения в значительной степени ориентировано на лечение и уход в случае заболеваний. Понятия укрепления здоровья и повышения грамотности в вопросах здоровья лишены четкости (9, 10). Соответственно, особое внимание также следует обратить на учебные планы.

## ВЫВОДЫ

Спустя 40 лет после подписания Алма-Атинской декларации (15) и 30 лет после принятия Оттавской декларации (5) в Австрии была официально начата систематическая реализация инициативы, призванной связать первичную медико-санитарную помощь с потребностями людей в области укрепления здоровья и повышения грамотности в вопросах здоровья. Ввиду распространения хронических заболеваний людям необходимо научиться справляться со

своими болезнями. УПМСП могут сыграть в этом большую роль, особенно применительно к людям с низким уровнем грамотности в вопросах здоровья. Внедрение дополнительных ориентированных на укрепление здоровья видов деятельности в рамках УПМСП потребует значительной практической поддержки работников здравоохранения и создания привлекательных базовых условий для такой работы. Эта фундаментальная переориентация первичной медико-санитарной помощи на укрепление здоровья, профилактику заболеваний и повышение грамотности в вопросах здоровья займет не один год (16).

Укрепление здоровья в рамках первичной медико-санитарной помощи во многих странах является недостаточно разработанным направлением (17), наши продукты и опыт обучения могут послужить источником вдохновения для других стран. В частности, идеальная модель может быть взята на вооружение и доработана в других странах с учетом особенностей их контекста. В будущем, наряду с больницами, содействующими укреплению здоровья и повышению грамотности в вопросах здоровья, и в Европе, и в других регионах мира могут также появиться и УПМСП, содействующие укреплению здоровья и повышению грамотности в вопросах здоровья.

**Выражение признательности:** не указано.

**Источники финансирования:** проект финансируется Австрийским фондом укрепления здоровья и Главным объединением учреждений социального страхования Австрии.

**Конфликт интересов:** не указан.

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

## БИБЛИОГРАФИЯ<sup>1</sup>

1. "Das Team rund um den Hausarzt". Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich ["Команда, окружающая семейного врача". Концепция многопрофильной и междисциплинарной медико-санитарной помощи в Австрии]. Wien: Bundesministerium für Gesundheit; 2014.

2. Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG (2013): Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit [Федеральный закон, вводящий в действие Федеральный закон о целях здравоохранения, основанных на партнерском взаимодействии]. BGBl. I Nr. 81/2013.
3. PrimVG (2017): Bundesgesetz über die Primärversorgung in Primärversorgungseinheiten [Федеральный закон об оказании первичной медико-санитарной помощи в учреждениях первичной медико-санитарной помощи]. BGBl. I Nr. 131/2017.
4. Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG (2017): Bundesgesetz, mit dem ein Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit erlassen wird [Федеральный закон, вводящий в действие Федеральный закон о целях здравоохранения, основанных на партнерском взаимодействии]. BGBl. I Nr. 131/2017.
5. Оттавская хартия по укреплению здоровья. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 1986 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/146808/Ottawa\\_Charter\\_R.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/146808/Ottawa_Charter_R.pdf)).
6. Kickbusch, I., et al. Санитарная грамотность: убедительные факты. Копенгаген: Всемирная организация здравоохранения; 2013 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/254377/Health\\_Literacy\\_RU\\_web.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/254377/Health_Literacy_RU_web.pdf?ua=1)).
7. Klein C, Pertl D, Rojatz, D, Nowak P. Gesundheitsförderung im Setting Hausarztpraxis [Укрепление здоровья в учреждениях семейной практики]. Wien: Gesundheit Österreich GmbH; 2017.
8. Peckham S, Hann A, Kendall S, Gillam S. Health promotion and disease prevention in general practice and primary care: a scoping study. Primary health care research & development. 2017;18(6):529–540.
9. Schein S. Was verstehen niedergelassene Allgemeinmediziner unter „Gesundheitsförderung“? [Что врачи общей практики понимают под "укреплением здоровья"?]. Graz: Masterarbeit Medizinische Universität Graz - Universitätslehrgang Public Health; 2012.
10. Rumpelberger K. Gesund ist, wer nicht krank ist? Subjektive Gesundheitsvorstellungen öö. Hausärzte und ihre gegenwärtige und zukünftige Rolle, in Gesundheitswissenschaften [Здоров тот, кто не болен? Субъективные представления об охране здоровья врачей общей практики в Верхней Австрии и их текущая и будущая роль в области наук о здравоохранении]. Linz: OÖ Gebietskrankenkasse Linz; 2013.
11. Harnett, P.J. Improvement attributes in healthcare: implications for integrated care. I Int J Health Care Qual Assur. 2018; 31(3):214–227.

<sup>1</sup> Все ссылки приведены по состоянию на 8 декабря 2018 г.

12. Dietscher, C. and J.M. Pelikan, Health-literate Hospitals and Healthcare Organizations – Results from an Austrian Feasibility Study on the Selfassessment of organizational Health Literacy in Hospitals. In: Schaeffer D, Pelikan JM, editors. Health Literacy. Forschungsstand und Perspektiven, 2017. Bern: Hogrefe; 2017: 303–313.
13. Brach C. The Journey to Become a Health Literate Organization: A Snapshot of Health System Improvement. Stud Health Technol Inform. 2017;240:203–237.
14. Groene O. Implementing health promotion in hospitals: Manual and self-assessment forms. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006.
15. Международная конференция по первичной медико-санитарной помощи: Алма-Атинская декларация. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 1978.
16. Dedeu, T. and T. Martí. Многопрофильные команды первичной медико-санитарной помощи в Каталонии, Испания: Эффективная модель предоставления услуг на уровне всего населения, информационный обзор по передовому опыту. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2018 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/366501/HSS-NCDs-Policy-brief-Cat-Rus.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/366501/HSS-NCDs-Policy-brief-Cat-Rus.pdf?ua=1)).
17. Watson M. Going for gold: the health promoting general practice. Quality in Primary Care. 2008;16(3):177–85. ■



## SHORT COMMUNICATION

# Strengthening primary health care to better address NCDs: piloting new models of patient-centred care in Belarus

Andrei Famenka<sup>1</sup>, Tatjana Migal<sup>2</sup>, Batyr Berdyklychev<sup>1</sup>, Valiantsin Rusovich<sup>1</sup>, Arnoldas Jurgutis<sup>3</sup>

<sup>1</sup> WHO Country Office, Minsk, Belarus

<sup>2</sup> Ministry of Health of the Republic of Belarus, Minsk, Belarus

<sup>3</sup> WHO European Centre for Primary Health Care, Almaty, Kazakhstan

Corresponding author: Andrei Famenka (email: famenkaa@who.int)

## ABSTRACT

The development of primary health care in the Republic of Belarus has been uneven and has only recently become a priority of state health-care policy. Focusing on the development of this area of health care is driven by the need to ensure an effective response to the growing burden of noncommunicable diseases (NCDs) and the related demographic, social and economic problems. The World Health Organization provides technical assistance to Belarus to strengthen primary health care as part of the "Preventing noncommunicable diseases, promoting healthy lifestyle and support to modernization of the health system in Belarus 2016–2019" project (BELMED) in the following areas: 1) improving coordination among the various levels of care, integration of specialized care and public health interventions in primary

care; 2) strengthening the clinical competencies of health professionals in the framework of patient-centred care; 3) revising incentive schemes for primary care workers; and 4) improving reporting documentation and streamlining document flow in the primary health-care system. New models of patient-centred care are being developed at two pilot sites in urban and rural areas. The project will help to ensure that primary care is more focused on the needs of patients, increase the competencies of health professionals and reorient the system for evaluating their work from analysing processes to assessing results. Information on the reform of primary health care in Belarus and the innovative mechanisms used for introducing changes may be useful for a wide range of policymakers and health services researchers.

**Keywords:** BELARUS, HEALTH POLICY ANALYSIS, PRIMARY HEALTH CARE, NONCOMMUNICABLE DISEASES

## INTRODUCTION

The Alma-Ata Declaration of 1978 identified primary health care as the key to the attainment of universal coverage of the population with affordable and high-quality medical care (1). The goals and principles of the Declaration – accessibility of and equal rights to the necessary medical assistance; comprehensive, uninterrupted and preventive health care; social justice; and involving the general public in the resolution of health-care issues – are as relevant today as they ever were. Since the adoption of the Declaration, compelling scientific evidence has emerged that primary health care is the most effective model for organizing health care in modern conditions, as it produces better health outcomes, makes better use of resources and ensures that people are satisfied with their interactions with their respective health-care systems (2, 3, 4).

However, it turned out to be far more challenging to implement the principles of the Declaration that had originally been anticipated, due to a number of factors that go well beyond the scope of health-care systems (5). The dynamics of the development of primary health care have been affected by the global economic crisis, the collapse and emergence of new political systems, the increase of social inequalities, the ageing population and the increasing burden of NCDs. All these factors have led to the uneven development of primary health care in different regions around the world, including the World Health Organization (WHO) European Region. Based on the interim results of the 2008 reforms in primary health care, WHO established new approaches for implementing the principles of the Declaration in current conditions in four action areas: universal health coverage, health-care systems, state policy and health-care system management (6).

An analysis of international experience shows that, while the basic principles of organizing primary health care are similar around the world, each country has its own unique context that largely determines the structural and functional characteristics of its national health-care system. Differences in how countries organize primary health care provide a unique opportunity to share experience and learn from past successes and failures. The present review describes the development of primary health care in Belarus in the post-Soviet period, with a special focus on the comprehensive modernization processes that are currently taking shape. In order to develop a comprehensive and objective understanding of the development of primary health care in Belarus, the authors conducted a thorough analysis of national and international publications on the subject, as well as a review of the legislative and regulatory framework governing the organization and functioning of primary health care in Belarus. We hope that information on the reform of primary health care in Belarus and the innovative mechanisms used for introducing changes may be useful for a wide range of policymakers and health services researchers.

## REVIEW OF THE HISTORY OF THE DEVELOPMENT OF PRIMARY HEALTH CARE

There have been several stages in the development of primary health care in Belarus, each determined by the priorities of state health policy at the time (7). At the same time, the guiding principles of this policy remained the same, providing state guarantees for the provision of a wide range of free medical services to all segments of society. Belarus is noted for its low household share of health-care spending and the generally high financial protection from medical risks (8). The country has achieved significant success in ensuring universal coverage of the population with affordable health care. Stability in the provision of health care has been made possible through the gradual modernization of the Semashko system inherited from Soviet times, which has been carried out without abrupt changes or reforms. However, this phased approach has not enjoyed the same kind of success when it comes to reducing the number of redundant inpatient facilities, improving the quality of medical care and developing primary health care (9).

Recognizing that problems continue to exist, the Belarusian health-care system authorities have constantly taken measures to strengthen primary health care in the country. In 1998, “general practitioner” and “general practice nurse” were added to the nomenclature of medical professions, and the

requirements in terms of competencies and qualifications for these specialists, as well as the requirements for organizing general medical practice, were developed (7). However, the first initiatives in the development of primary health care were not comprehensive, as they applied to rural areas only. Further measures to strengthen primary health care in Belarus were taken at a higher level and were reflected in documents produced by the Council of Ministers, as well as in the Concept on the Development of Healthcare in the Republic of Belarus for 2003–2007 and the state programmes for rural development in 2005–2010 and 2011–2015 (7). In terms of policy, the recognition of the priority role that primary care plays in the health-care system, as well as the need to shift the focus from the hospital sector to primary health care, proved to be important steps. Policies at the national level redistribute financial and human resources in favour of primary health care, introduce the general medical practice model in cities and develop the scientific and management capacity of primary health care. Departments for primary health care were set up in the Ministry of Health and regional administrations to provide scientific, methodological and organizational support of reforms in Belarus. General medical practice departments were opened at medical universities around the country.

The state programme “People’s Health and Demographic Security of the Republic of Belarus” for 2016–2020, which sets the targets and timeframes for the phased modernization of the health sector, has had a significant impact on the development of primary health care in Belarus (10). The objectives of the state programme are to reduce the impact of NCDs on premature death and general morbidity among the working population, lessen the impact of NCD risk factors on human health and ensure the prevention of NCDs throughout the life course by providing universal coverage of the population with affordable high-quality health care. In terms of primary health care, the state programme aims to increase the proportion of primary care physicians who are general practitioners from 20% in 2016 to 100% in 2020. In order to achieve this, the Ministry of Health of the Republic of Belarus developed and approved an updated version of the regulation on general practitioners in early 2018. The regulation details the competencies and functions of general practitioners and how they are to interact with health-care system specialists, and also establishes the requirements for setting up a general medical practice and the equipment that is needed to do so (11).

The increased attention to the development of primary health care in the country has been caused by the need to deliver an effective response to the growing burden of NCDs and the related demographic, social and economic problems.

The incidence of NCDs in Belarus is among the highest in the European Region, accounting for 89% of all deaths and 77% of total morbidity in the country (12). These diseases are the primary cause of the excessively high mortality rates among the working-age population, with men being disproportionately affected: men are twice as likely to die from an NCD than women (13).

The STEPwise approach to surveillance (STEPS) survey carried out in 2016–2017 demonstrated a high prevalence of NCD risk factors in the Belarusian population: approximately 27% of adults aged 18 to 69 smoke tobacco daily; 53% consume alcohol on a regular basis; 72% do not eat the recommended five portions of fruit and/or vegetables a day; 13% report low physical activity; 61% are overweight; 45% have high blood pressure; 39% have raised total cholesterol; and 7% have a high blood glucose level (14). At the same time, the potential of the health-care system to correct NCD behavioural risk factors is not being exploited to the fullest: according to the STEPS survey, only 32% of adults received recommendations from health workers to quit smoking; a mere 42% of patients were advised to cut down on their salt intake; only 41% of adults were told that they should eat a minimum of five portions of fruit and/or vegetables per day; and only 41% and 43% of adults were advised that they need to increase their physical activity and lose weight, respectively (14).

According to the estimates of the Belarusian health-care system, the current model of primary health care does not adequately coordinate the activities of primary and secondary health-care specialists, integrate public health-care programmes into primary health care and involve patients in the health-care process (15). Primary care professionals do not have the knowledge, skills or abilities to change the behaviour of patients with NCD risk factors and existing chronic illnesses. At the same time, international experience demonstrates that measures aimed at the early detection and treatment of NCDs and NCD risk factors are most effective at the primary care level. Chronic diseases require the patient to be actively involved in terms of self-control, strictly adhere to the treatment programme, take responsibility for their health and trust medical professionals. To combat NCDs effectively, the traditional biomedical model of care needs to be reoriented towards the needs and requirements of the patient, and the patient needs to be viewed in the context of his/her life situation.

## PILOTING NEW MODELS OF PATIENT-CENTRED CARE IN BELARUS: AN OVERVIEW

The introduction of a new, patient-centred model of primary health care in Belarus is being carried out as part of the

“Preventing noncommunicable diseases, promoting healthy lifestyle and support to modernization of the health system in Belarus 2016–2019” project (BELMED). The project is funded by the European Union and is being implemented by several United Nations agencies in conjunction with the Ministry of Health. The development of project activities was preceded by an international mission by WHO experts in 2014 which analysed the existing opportunities and barriers in the Belarusian health-care system in order to develop an effective response to the NCD problem (15). The subsequent recommendations made on the basis of the findings of the WHO expert mission pointed to the necessity to strengthen primary health care and reorient it towards the needs and requirements of patients. An integrated approach is needed in order to overcome the barriers to the modernization of primary health care – one that covers all components of the health system. The main areas of the BELMED project were formulated in accordance with these recommendations: 1) improving coordination among the various levels of care, integration of specialized care and public health interventions in primary care; 2) strengthening the clinical competencies of health professionals in the framework of patient-centred care; 3) revising incentive schemes for primary care professionals; and 4) improving accounting documentation and streamlining document flow in the primary health-care system.

New models of primary care are being developed at two pilot sites: Polyclinic No. 39 in Minsk; and Gorki Central District Hospital, which has a network of general outpatient clinics in rural areas. For piloting purposes, new models for the provision of health care have been built for the three main NCDs – circulatory system diseases, type 2 diabetes and chronic obstructive pulmonary disease. The pilot regions receive consultative and technical assistance from the Ministry of Health, with the participation of staff from the WHO Country Office in Belarus, the WHO European Centre for Primary Health Care in Almaty, Kazakhstan, and national experts. These measures aim to improve the coordination of medical care, ensure its continuity and optimize patient pathways for improving the quality of medical care. The project activities will help primary care to become more focused on the needs of patients, increase the competencies of medical professionals and reorient the system for evaluating their work, from analysing processes to assessing results.

## ENSURING BETTER COORDINATION, CONTINUITY AND INTEGRATION OF MEDICAL CARE

To coordinate medical care in the pilot regions more effectively, the roles of various categories of health professionals with regard to the main NCDs, and the scope and type of

services provided by them, were revised, and changes were made to patient pathways in order to ensure coordinated, comprehensive and continuous health care. Medical care in the pilot regions is currently provided by a general practice team. Nurses and doctors' assistants play an important role within this team, seeing patients themselves and significantly expanding the scope of services provided.

The introduction of a new health-care model also required structural changes at the pilot institutions. To establish better contact and ensure confidentiality, general practitioners, doctors' assistants and nurses are located in different rooms and provide care to patients independently of each other. Patient pathways have also changed in accordance with the realignment of the functions and tasks of health professionals in the general practice team, and now include motivational counselling appointments with doctors' assistants and nurses on NCD control and behavioural risk factors. A greater amount of time is allotted for motivational counselling than for initial appointment, and this type of activity is assigned to a different category for the purposes of planning the work schedule of medical staff. As part of the project, general practitioners' and nurses' offices will be equipped with basic equipment for the effective management of the major NCDs and the associated risk factors at the primary health-care level.

### STRENGTHENING THE PROFESSIONAL COMPETENCIES OF HEALTH PROFESSIONALS

Primary health-care professionals at pilot institutions undergo an interdisciplinary training course on the effective prevention and control of NCDs based on a person-centred approach, to improve their clinical competencies and skills. The course was developed by the WHO European Centre for Primary Health Care, and the instructors include leading experts from the Belarusian health-care system. The course programme includes participatory learning methods, such as case discussions, role play and problem-solving sessions, all of which allow participants to model real-world situations that involve communication with patients and specialists. As a result of the training, participants are becoming aware of, and identifying, new roles for members of general practice teams in the prevention and control of NCDs. Significant emphasis is placed on the new functions of health professionals: motivational counselling for patients with NCDs and those at risk, and becoming leaders in the provision of home care to patients and families in order to better respond to the NCD burden (17).

During the training course, it became clear that strengthening the role of nurses and doctors' assistants in terms of promoting

health and carrying out preventative activities to ensure the control and treatment of NCDs has significant potential. At present, nurses have a very small role in the process of assisting patients with NCDs at the community level. They lack the necessary management and teamwork skills and knowledge, and are incapable of coordinating patient treatment with the involvement of experts from outside the health-care sector and/or members of the patient's family and community. Given the importance of these skills and proficiencies for the staff at the pilot institutions, the course programme also includes study modules on integrated care and taking a holistic approach to the provision of medical assistance. Over 50 medical professionals have successfully completed the training course in Minsk so far, and subject-specific interdisciplinary seminars have been launched in Mogilev in order to expand the number of primary care professionals who have taken part in training activities (18).

In addition, experts from the thematic working group of the Ministry of Health have developed instructions on the procedure for providing medical care for patients with NCDs and motivational counselling on behavioural risk factors (smoking, alcohol abuse, an unhealthy diet and low physical activity). These instructions are approved by pilot institutions and are used by general practice teams in their day-to-day activities. Once the instructions are refined and analysed, they will be recommended for use throughout the health-care system, as well as in the undergraduate and postgraduate training of general practitioners and nurses.

The capacity of staff at the pilot institutions has been strengthened by three study visits to the Republic of Lithuania, where the health-care system is mainly based on primary care. Participants were introduced to the stages in the reform of primary care and different approaches to the prevention, early detection and management of NCDs, as well as to the ways in which the health-care system responds to the needs of people with these illnesses (19). Delegations from Belarus observed the work of various health-care institutions, where general practitioners work alongside nurses and specialist physicians to implement the national NCD prevention programmes. Belarusian medical professionals visited small private practices, public polyclinics, the Centre of Family Medicine at Vilnius University Hospital and the Druskininkai District Primary Health Care Centre. Participants had the opportunity to discuss the support received by nurses and doctors when they assumed new functions and tasks in the prevention and control of NCDs. During the visits, working contacts were established and ways of interacting and exchanging experience

with Vilnius University and the Lithuanian Society of Family Medicine were outlined.

### IMPROVING INCENTIVE SCHEMES FOR HEALTH PROFESSIONALS

Expanding the functions and increasing the volume of medical assistance heightens the burden on medical personnel at the pilot institutions. For this reason, the project includes activities to improve incentive schemes for health professionals and stimulate the preventive component of NCD management. These incentives should help to motivate and retain staff, and also assist patients to take a proactive role in their own therapy, and strengthen their commitment to the treatment programme and recommendations for lifestyle changes. Ultimately, the aim of these incentives is to increase the responsibility of medical services providers, and not just for observing clinical guidelines. The emphasis has thus shifted from the assessment of clinical processes to the assessment of performance results. Improving incentive schemes involves a revision of the indicators and mechanisms for carrying out monitoring and evaluation activities, taking due account of the results achieved in relation to NCDs and the efficiency of health-care services. As part of this component of the project, experts from the thematic working group of the Ministry of Health have developed a new list of indicators for assessing the work of the pilot institutions. Using these indicators to analyse the performance of NCD prevention and treatment measures in the pilot institutions will facilitate better evaluation of the effectiveness of new models of care, as well as to justify the need for additional financial incentives.

### IMPROVING ACCOUNTING DOCUMENTATION IN THE PRIMARY HEALTH-CARE SYSTEM

The current reporting system in Belarus is too cumbersome, and creates an additional burden of paperwork for primary care professionals. What is more, reported information is either used extremely sparingly or not at all and has little to do with monitoring the quality of performance (15). The typical task profile of a primary health-care practitioner usually includes the provision of preventive services such as clinical examinations (including annual health check-ups), patient education, health promotion, screening for several NCD groups, and a large number of administrative tasks that take time away from clinical activities (7). Under the project, the volume and content of reporting and accounting documentation in the primary health-care system is set to be revised, with the aim of creating an effective information system. The data obtained will subsequently be used to assess the quality of the work being carried out and will form the basis for the creation of financial incentives. As part of this

component of the project, experts from the thematic working group of the Ministry of Health are preparing proposals on improving reporting and accounting documentation and integrating the updated databases into a single electronic health-care information system.

The project management team, which consists of staff from the WHO Country Office in Belarus, the WHO European Centre for Primary Health Care in Almaty, Kazakhstan, and national experts, makes regular monitoring visits to the project's pilot institutions. Positive changes had already taken place and were progressing at both pilot sites, just six months after the project was launched in January 2018. These changes have primarily affected patient pathways, as well as the role of primary-care nurses. Doctors' assistants and nurses have expanded the scope of their competencies and increased patient awareness of health issues. They also provide motivational counselling on how to manage NCDs and the risk factors associated with their development. Nurses and doctors' assistants have noted that patients have responded positively to the new roles of medical personnel, are demonstrating a greater commitment to their treatment and are altering their behavioural patterns. In addition, experts have shown an interest in further improving their communication skills in order to achieve more tangible results. General practitioners are also positive about the changes in the structure and procedure for providing medical care and believe that these changes will improve both the quality of care and patient satisfaction (20).

## CONCLUSION

A new patient-centred model of primary health care has been developed in Belarus as part of the implementation of the BELMED project. Project activities are currently being carried out on the basis of this model, and they have already led to positive shifts in the provision of comprehensive, integrated and patient-centred primary care. The initial results of the work carried out under the new primary care model indicate that patients are adhering to the prescribed treatment, taking greater responsibility for their health and modifying behavioural risk factors. A systemic analysis of the results of pilot activities will be prepared during the final stage of the project and will be used as the basis for providing recommendations on the large-scale introduction of new primary health-care models throughout Belarus. It will also contribute to ensuring the prevention of NCDs throughout the life course by providing universal coverage of the population with affordable and high-quality medical care.



The example of the pilot activities being carried out in Belarus for the introduction of a new, patient-centred model of primary health care could be useful for countries that are currently reforming their own primary health-care systems. We believe that a description of the nature of, and mechanisms for introducing, pilot activities in primary health care could be of interest to a wide range of experts involved in developing policies on primary health-care reform.

**Acknowledgements:** The authors would like to express their gratitude to the donors and participants in the BELMED project, without whom the publication of this paper and the results of the work carried out would not have been possible. The BELMED project is funded by the European Union and implemented by the Ministry of Health in collaboration with WHO, the United Nations Children's Fund (UNICEF), the United Nations Development Programme (UNDP) and the United Nations Population Fund (UNFPA).

**Sources of funding:** None declared.

**Conflicts of interest:** None declared.

**Disclaimer:** The authors alone are responsible for the views expressed in this publication and they do not necessarily represent the decisions or policies of the World Health Organization.

## REFERENCES<sup>1</sup>

1. Primary health care: report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978, jointly sponsored by the World Health Organization and the United Nations Children's Fund. Geneva: World Health Organization; 1978.
2. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970–1998. *Health Serv Res.* 2003;38:831–65.
3. Kringos DS, Boerma W, van der Zee J, Groenewegen P. Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. *Health Aff.* 2013;32:686–94.
4. Roland M, Nolte E. The future shape of primary care. *British Journal of General Practice* 2014; 64:63–4.
5. Chan M. Return to Alma-Ata. *Lancet.* 2008;372:865–6.
6. Boerma WGW, Rico A. Changing conditions for structural reform in primary care. In: Saltman RB, Rico A, Boerma WGW, editors. *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care.* Maidenhead: Open University Press; 2006:50–67.
7. Evaluation of the organization and provision of primary care in Belarus. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2009 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/91609/E92661.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/91609/E92661.pdf)).
8. World Bank. Belarus – Public expenditure review: enhancing public services in times of austerity. Public Expenditure Review (PER). Washington DC; World Bank Group, 2013. (<http://documents.worldbank.org/curated/en/2013/02/17536588/belarus-public-expenditure-review-enhancing-public-services-times-austerity>).
9. Richardson E, Malakhova I, Novik I, Famenka A. Belarus: healthcare system review. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (Health Systems in Transition, Volume 15, No. 5; <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits/full-list-of-country-hits/belarus-hit-2013>).
10. Decree No. 200, On the Approval of the State Programme "People's Health and Demographic Security of the Republic of Belarus" for 2016–2020, 14 March 2016. Minsk: Council of Ministers of the Republic of Belarus; 2016.
11. Order No. 177, On Organizing the Work of General Practitioners, 27 February 2018. Minsk: Ministry of Health of the Republic of Belarus; 2018 ([http://minzdrav.gov.by/ru/dlya-spetsialistov/normativno-pravovaya-baza/baza-npa.php?ELEMENT\\_ID=328222](http://minzdrav.gov.by/ru/dlya-spetsialistov/normativno-pravovaya-baza/baza-npa.php?ELEMENT_ID=328222)).
12. Noncommunicable diseases progress monitor, 2017. Geneva: World Health Organization; 2017 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258940/9789241513029-eng.pdf;jsessionid=1BBAC4C32FEF2F291DEB8C351540F107?sequence=1>).
13. Risk of premature death from the four target NCDs. In: Global Health Observatory data repository [online database]. Geneva: World Health Organization; 2018 (<http://apps.who.int/gho/data/view.main.2485?lang=en>).
14. Prevalence of noncommunicable disease risk factors in Republic of Belarus. STEPS 2016. Minsk: WHO Regional Office for Europe, WHO Country Office, Belarus; 2017 (<http://www.euro.who.int/en/countries/belarus/publications/prevalence-of-noncommunicable-disease-risk-factors-in-republic-of-belarus.-steps-2016-2017>).
15. Better noncommunicable disease outcomes: challenges and opportunities for health systems: Belarus country assessment. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-systems-response-to-ncds/publications/2016/better-noncommunicable-disease-outcomes-challenges-and-opportunities-for-health-systems-belarus-country-assessment-2016>).

<sup>1</sup> All references were accessed on 6 December 2018.

16. Continuing to strengthen primary health care in Belarus to better address health needs related to NCDs [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017 (<http://www.euro.who.int/en/countries/belarus/news/news/2017/03/continuing-to-strengthen-primary-health-care-in-belarus-to-better-address-health-needs-related-to-ncds>).
17. Belarus: training course develops competencies in person-centred, coordinated and integrated primary health care service delivery [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017 (<http://www.euro.who.int/en/countries/belarus/news/news/2017/1/belarus-training-course-develops-competencies-in-person-centred,-coordinated-and-integrated-primary-health-care-service-delivery>).
18. Команда ОВП спешит на помощь. В Могилеве прошел четырехдневный семинар для медицинских работников в рамках выполнения шестой задачи проекта «БЕЛМЕД» «Поддержка модернизации системы здравоохранения с упором на первичную медицинскую помощь в Республике Беларусь». [General Medical Practice Team Rushes to Help. A four-day seminar for medical professionals was held in Mogilev as part of objective 6 of the BELMED project "Support the Modernization of the Health System with a Particular Focus on Primary Health Care in the Republic of Belarus"] Медицинский вестник. 2018; 41 (1397): 18-19.
19. Strengthening primary health care in Belarus: delegation visits Lithuania [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017 (<http://www.euro.who.int/en/countries/belarus/news/news/2017/08/strengthening-primary-health-care-in-belarus-delegation-visits-lithuania>).
20. Monitoring progress in strengthening primary health care in Belarus [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017 (<http://www.euro.who.int/en/countries/belarus/news/news/2018/4/monitoring-progress-in-strengthening-primary-health-care-in-belarus>). ■

## КРАТКОЕ СООБЩЕНИЕ

# Укрепление первичной медицинской помощи для борьбы с неинфекционными заболеваниями: опробирование новых моделей пациент-ориентированной помощи в Беларуси

Andrei Famenka<sup>1</sup>, Tatjana Migal<sup>2</sup>, Batyr Berdyklychev<sup>1</sup>, Valiantsin Rusovich<sup>1</sup>, Arnoldas Jurgutis<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Страновой офис ВОЗ, Минск, Беларусь

<sup>2</sup>Министерство здравоохранения Республики Беларусь, Минск, Беларусь

<sup>3</sup>Европейский центр ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи, Алматы, Казахстан

Автор, отвечающий за переписку: Andrei Famenka (адрес электронной почты: famenkaa@who.int)

## АННОТАЦИЯ

Развитие первичной медико-санитарной помощи в Республике Беларусь происходило неравномерно и лишь недавно стало приоритетом государственной политики в области здравоохранения. Повышение внимания к развитию данного сектора здравоохранения в стране обусловлено необходимостью обеспечения эффективного ответа на растущее бремя неинфекционных заболеваний и сопутствующих демографических, социальных и экономических проблем. Всемирная организация здравоохранения оказывает техническую помощь Беларуси по укреплению первичной медицинской помощи в рамках проекта «БЕЛМЕД» по следующим направлениям: 1) улучшение координации между различными уровнями помощи, интеграция услуг специализированной помощи и мер по охране общественного здоровья в первичное звено; 2) усиление клинических компетенций медицинских работников в рамках оказания

пациент-ориентированной помощи; 3) пересмотр схем материального стимулирования медицинских работников первичного звена; 4) совершенствование отчетно-учетной документации и сокращение документооборота в системе первичной медицинской помощи. Новые модели пациент-ориентированной помощи отрабатываются на двух пилотных участках в условиях города и сельской местности. Реализация проектных мероприятий позволит сделать первичную помощь более ориентированной на нужды людей, повысить компетенции медицинских работников и переориентировать систему оценки их работы с анализа процессов на оценку результатов. Информация о реформе первичной медико-санитарной помощи в Беларуси и используемых при этом инновационных механизмах внедрения перемен может быть полезна для широкого круга разработчиков политики и исследователей систем здравоохранения.

**Ключевые слова:** БЕЛАРУСЬ, АНАЛИЗ ПОЛИТИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ, НЕИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

## ВВЕДЕНИЕ

Принятие Алма-Атинской декларации в 1978 г. утвердило основополагающую роль первичного звена здравоохранения в обеспечении всеобщего охвата населения доступной и качественной медицинской помощью (1). Цели и принципы Алма-Атинской декларации – доступность и равные права на получение необходимой помощи, комплексность, непрерывность, профилактическая направленность здравоохранения, социальная справедливость и вовлечение общества в решение вопросов здоровья – актуальны и сегодня. За время, прошедшее с момента принятия Алма-Атинской декларации, появились

убедительные научные данные о том, что первичная медико-санитарная помощь является наиболее эффективной моделью организации медицинской помощи в современных условиях, поскольку позволяет достичь лучших показателей здоровья населения, рационального использования ресурсов и обеспечения удовлетворенности людей от контакта с системой здравоохранения (2, 3, 4).

Вместе с тем воплощение принципов Алма-Атинской декларации в жизнь оказалось куда более сложным делом, чем планировалось, в силу ряда факторов, выходящих далеко за пределы систем здравоохранения (5). На динамику развития первичной медико-санитарной помощи

оказали воздействие глобальный экономический кризис, крушение и возникновение новых политических систем, нарастание социального неравенства, старение населения и увеличение бремени неинфекционных заболеваний. Все эти факторы привели к неравномерному развитию первичной медико-санитарной помощи в разных странах мира, в том числе и в Европейском регионе ВОЗ. Подведя промежуточные итоги реформ в области первичной медико-санитарной помощи в 2008 г., ВОЗ сформулировала новые подходы к реализации принципов Алма-Атинской декларации в современных условиях для четырех направлений действий: всеобщий охват медицинской помощью, услуги системы здравоохранения, государственная политика и управление системами здравоохранения (6).

Анализ международного опыта показывает, что при схожести базовых принципов организации первичной медико-санитарной помощи каждая страна имеет свой собственный уникальный контекст, который в значительной степени определяет структурные и функциональные особенности национальных систем здравоохранения. Различия в порядке организации первичной медико-санитарной помощи в разных странах предоставляют уникальные возможности в плане обмена опытом и извлечения уроков из прошлых успехов и неудач. В данном обзоре описывается развитие первичной медико-санитарной помощи в Беларуси в постсоветский период с особым акцентом на происходящие в настоящее время комплексные процессы модернизации отрасли. Для создания наиболее широкого и объективного представления о развитии первичной медико-санитарной помощи в Беларуси авторами проведен глубокий анализ национальных и международных публикаций на данную тему, а также обзор нормативно-законодательной базы, регулирующей процессы организации и функционирования первичной медико-санитарной помощи в Беларуси. Мы надеемся, что информация о реформе первичной медико-санитарной помощи в Беларуси и используемых при этом инновационных моделях внедрения перемен будет полезна для широкого круга разработчиков политики и исследователей систем здравоохранения.

## ОБЗОР ИСТОРИИ РАЗВИТИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО- САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Развитие первичной медико-санитарной помощи в Беларуси происходило в несколько этапов, каждый из которых был обусловлен действующими на тот момент

приоритетами государственной политики в области здравоохранения (7). Вместе с тем руководящие принципы этой политики оставались неизменными и заключались в обеспечении государственных гарантий на предоставление широкого спектра услуг бесплатной медицинской помощи всем слоям населения. Для Беларуси характерна незначительная доля личных платежей домохозяйств в общих расходах на здравоохранение и в целом обеспечена высокая финансовая защита граждан от медицинских рисков (8). В настоящее время Беларусь достигла значительных успехов в обеспечении всеобщего охвата населения доступной медицинской помощью. Стабильность в предоставлении медицинских услуг была достигнута посредством постепенной, без резких изменений и реформ, модернизации унаследованной со времен Советского Союза системы Семашко. Однако применение поэтапного подхода было не столь успешным в области сокращения избыточных стационарных мощностей, повышения качества медицинской помощи и развития первичного звена здравоохранения (9).

Признавая наличие существующих проблем, руководство системы здравоохранения Беларуси постоянно предпринимало меры по укреплению первичной медицинской помощи. В 1998 г. в номенклатуру медицинских специальностей были внесены специальности «врач» и «медсестра общей практики», разработаны требования к квалификации и компетенции этих специалистов, а также к организации общей врачебной практики (7). Однако первые инициативы в области развития первичной медико-санитарной помощи не носили всеобщий характер и относились только к сельским регионам. Дальнейшие меры по укреплению первичной медико-санитарной помощи в Беларуси предпринимались на более высоком уровне и нашли свое отражение в документах Совета Министров, Концепции развития здравоохранения Республики Беларусь на период 2003–2007 гг., государственных программах развития села на 2005–2010 гг. и 2011–2015 гг. (7). В политическом плане важным моментом стало признание приоритетной роли первичного звена в системе здравоохранения, а также необходимости смещения акцентов с госпитального сектора на первичную медицинскую помощь. Программные документы национального уровня ясно обозначили установку на перераспределение финансовых и кадровых ресурсов в пользу первичного звена, внедрение модели общей врачебной практики в городских условиях, развитие научного и управленческого потенциала первичной помощи. Для научно-методической и организационной поддержки реформ в Беларуси были созданы отделы по первичной медицинской помощи в Министерстве здравоохранения

и в региональных управлениях, а также открыты кафедры общей врачебной практики в медицинских университетах страны.

Значительный импульс развитию первичной медицинской помощи в Беларуси придала Государственная программа «Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь» на 2016–2020 гг., которой установлены целевые показатели и временные рамки поэтапной модернизации отрасли (10). Задачи государственной программы состоят в снижении влияния неинфекционных заболеваний (НИЗ) на показатели преждевременной смертности и общей заболеваемости среди трудоспособного населения, уменьшении воздействия факторов риска НИЗ на здоровье людей, обеспечении профилактики НИЗ на протяжении всего жизненного цикла посредством всеобщего охвата населения доступной и качественной первичной медицинской помощью. Одним из целевых показателей государственной программы, непосредственно относящихся к первичной медицинской помощи, является увеличение доли врачей общей практики в общем количестве врачей первичного звена с 20% в 2016 г. до 100% в 2020 г. Для выполнения этой задачи Минздравом Беларуси в начале 2018 г. разработано и утверждено обновленное положение о враче общей практики, детализирующее его компетенции и функции, взаимодействие со специалистами системы здравоохранения и устанавливающее требования к организации общей врачебной практики и наличию необходимого оборудования (11).

Повышенное внимание к развитию первичной медицинской помощи в стране вызвано необходимостью обеспечения эффективного ответа на растущее бремя НИЗ и сопутствующих демографических, социальных и экономических проблем. В Беларуси наблюдаются одни из самых высоких показателей НИЗ в Европейском регионе: на эти заболевания приходится 89% всех смертей и 77% общей заболеваемости в стране (12). Данные заболевания являются основной причиной чрезмерно высокой смертности среди людей трудоспособного возраста, при этом непропорционально сильно затронуты мужчины: стандартизированные по возрасту показатели смертности от НИЗ в Беларуси у мужчин в два раза выше по сравнению с женщинами (13).

Проведенное в 2016–2017 гг. исследование STEPS (поэтапный подход ВОЗ к эпиднадзору) продемонстрировало высокий уровень распространенности факторов риска НИЗ среди населения Беларуси: около 27% взрослых в возрасте 18–69 лет ежедневно курят табак; 53% регулярно употребляют алкоголь; 72% не едят рекомендуемые пять порций

фруктов и/или овощей в сутки; 13% имеют низкий уровень физической активности; 61% имеют избыточный вес; 45% имеют повышенное артериальное давление; 39% имеют повышенный общий холестерин и 7% имеют повышенную концентрацию глюкозы в крови (14). В то же время отмечается недостаточное использование потенциала системы здравоохранения для коррекции поведенческих факторов риска НИЗ: по данным STEPS, лишь 32% взрослых получали рекомендацию от медицинских работников по прекращению курения, только 42% пациентов получали рекомендацию от работников здравоохранения в отношении сокращения потребления соли, 41% взрослых получали рекомендации от медицинских работников о необходимости ежедневного употребления как минимум пяти порций фруктов и/или овощей и лишь 41% и 43% взрослых соответственно получали совет о повышении физической активности и снижении массы тела (14).

Согласно оценкам системы здравоохранения Беларуси, действующая модель первичной помощи недостаточно хорошо обеспечивает координацию деятельности специалистов первичного и вторичного уровней здравоохранения, интеграцию программ общественного здоровья в первичную медико-санитарную помощь и вовлечение пациентов в процессы оказания помощи (15). Специалистам первичного звена недостает знаний, навыков и умений для изменения поведения пациентов с факторами риска НИЗ и с уже имеющимися хроническими заболеваниями. В то же время международный опыт показывает, что меры по раннему выявлению и коррекции НИЗ и их факторов риска наиболее эффективны именно на уровне первичной помощи. Хронические заболевания требуют активного вовлечения пациентов в процессы самоконтроля, сильной приверженности к лечению, формирования ответственности за свое здоровье и доверительных отношений с медицинскими работниками. Для эффективной борьбы с НИЗ требуется переориентировать традиционную биомедицинскую модель оказания помощи на нужды и потребности людей и рассматривать пациентов в контексте их жизненной ситуации.

## ОБЗОР МЕРОПРИЯТИЙ ПО ОПРОБИРОВАНИЮ НОВОЙ МОДЕЛИ ПАЦИЕНТ-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПОМОЩИ

Внедрение новой, пациент-ориентированной модели первичной помощи в Беларуси осуществляется в рамках проекта «БЕЛМЕД» («Профилактика неинфекционных заболеваний, продвижение здорового образа жизни и поддержка модернизации системы здравоохранения в Республике Беларусь»), финансируемого Европейским



союзом и осуществляемого несколькими учреждениями ООН в сотрудничестве с Минздравом Беларуси. Разработке проектных мероприятий предшествовала международная миссия экспертов ВОЗ в 2014 г., которая проанализировала существующие в системе здравоохранения Беларуси возможности и барьеры для эффективного ответа на проблему НИЗ (15). В своих рекомендациях по итогам оценочной миссии эксперты ВОЗ указали на необходимость усиления первичной медицинской помощи и ее переориентации на нужды и потребности людей. Для решения проблем и преодоления барьеров на пути модернизации первичной медицинской помощи необходим комплексный подход, охватывающий все компоненты системы здравоохранения. В соответствии с данными рекомендациями сформулированы основные направления проекта «БЕЛМЕД»: 1) усиление координации между различными уровнями помощи, интеграция услуг специализированной помощи и мер общественного здоровья в первичное звено; 2) наращивание клинических компетенций медицинских работников в рамках оказания пациент-ориентированной помощи; 3) пересмотр схем материального стимулирования медицинских работников первичного звена; 4) совершенствование отчетно-учетной документации и сокращение документооборота в системе первичной медицинской помощи.

Новые модели первичной медицинской помощи отрабатываются на двух пилотных участках – в 39-й городской поликлинике в г. Минске и в Горецкой центральной районной больнице с сетью сельских амбулаторий общей врачебной практики. Для целей опробирования новые модели предоставления помощи выстроены в отношении трех основных НИЗ, включая болезни системы кровообращения, сахарный диабет второго типа и хроническую обструктивную болезнь легких. Консультационная и техническая помощь пилотным регионам осуществляется в тесном взаимодействии с Минздравом Беларуси при участии сотрудников Странового офиса ВОЗ в Беларуси, Европейского центра ВОЗ по первичной медицинской помощи (Алматы, Казахстан) и национальных специалистов. Целью данных мер является улучшение координации медицинской помощи, обеспечение ее непрерывности и оптимизация маршрутов пациентов для повышения качества медицинской помощи. Реализация проектных мероприятий позволит сделать первичную помощь более ориентированной на нужды людей, повысить компетенции медицинских профессионалов и переориентировать систему оценки их работы с анализа процессов на оценку результатов.

## ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЛУЧШЕЙ КООРДИНАЦИИ, НЕПРЕРЫВНОСТИ И ИНТЕГРАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Для более эффективной координации медицинской помощи на пилотных участках произведен пересмотр ролей, объемов и характера помощи, оказываемой различными категориями медицинских работников в отношении основных НИЗ, а также внесены изменения в маршруты пациентов, обеспечивающие получение скоординированной, комплексной и непрерывной медицинской помощи. В настоящее время медицинскую помощь пациентам на пилотных участках оказывает команда общей врачебной практики, в которой важную роль играют средние медицинские работники – медсестры и помощники врачей, ведущие самостоятельный прием и значительно расширившие объем предоставляемых услуг.

Внедрение новой модели оказания помощи потребовало и структурных изменений на уровне пилотных учреждений. Для установления лучшего контакта и обеспечения конфиденциальности врачи общей практики, помощники врачей и медсестры находятся в разных помещениях и оказывают медицинскую помощь пациентам независимо друг от друга. В соответствии с переориентацией функций и задач медицинского персонала команды общей практики изменились и маршруты пациентов, которые теперь включают в себя запись на прием к помощникам врача и медсестрам для проведения мотивационного консультирования по вопросам контроля НИЗ и изменения поведенческих факторов риска. Для проведения мотивационного консультирования предусмотрено большее количество времени, чем при первичном обращении, и при планировании графика работы медицинского работника этот вид деятельности выделяется в отдельную категорию. В рамках проекта предполагается дооснащение кабинетов врачей общей практики и медицинских сестер базовым оборудованием для эффективного ведения основных НИЗ и их факторов риска на уровне первичной медицинской помощи.

## УСИЛЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Повышение клинических компетенций и навыков медицинских работников первичного звена обеспечивается посредством обучения персонала пилотных учреждений в рамках междисциплинарных тренингов по вопросам эффективной профилактики и контроля НИЗ на основании пациент-ориентированного подхода. Учебный курс разработан сотрудниками Европейского центра ВОЗ по

первичной медицинской помощи и преподается слушателям с участием ведущих национальных специалистов системы здравоохранения Беларуси. Программа курса включает в себя методы интерактивного обучения – обсуждение примеров из практики, ролевые игры и решение проблемных задач, благодаря которым участники имеют возможность моделировать рабочие ситуации коммуникации с пациентами и с медицинскими специалистами. В результате обучения участники начинают лучше осознавать и определять новые роли членов команды общей практики в деле профилактики и контроля НИЗ. Наибольший акцент делается на новые функции медицинского персонала, например мотивационное консультирование пациентов с НИЗ и лиц, подверженных воздействию их факторов риска, а также лидерство в оказании помощи на дому пациентам и семьям в связи с бременем НИЗ (17).

В ходе тренингов стало понятно, что значительные перспективы кроются в усилении роли медсестер и помощников врачей в деятельности по укреплению здоровья и профилактики для обеспечения контроля и лечения НИЗ. В настоящее время роль медсестер в процессе оказания помощи пациентам с НИЗ на уровне местного сообщества крайне мала. Сейчас им не хватает навыков и умений, необходимых для руководства и командной работы, они не могут координировать процесс лечения пациентов с привлечением специалистов вне сектора здравоохранения и/или членов семьи и сообщества. Учитывая важность этих навыков и умений для персонала пилотных учреждений, в программу курса дополнительно включены учебные модули по интегрированной помощи и холистическому подходу к оказанию медицинской помощи. В настоящее время более 50 медицинских работников прошли обучение в рамках учебного курса в Минске, а с целью расширения охвата профессионалов первичного звена учебными мероприятиями начато проведение тематических междисциплинарных семинаров в Могилеве (18).

Также в рамках данного компонента специалистами тематической рабочей группы Минздрава Беларуси разработаны инструкции о порядке оказания медицинской помощи в отношении основных НИЗ и о порядке мотивационного консультирования пациентов по поводу поведенческих факторов риска (курение, злоупотребление алкоголем, несбалансированное питание и недостаточная физическая активность). Данные инструкции утверждены на уровне пилотных учреждений и используются командами общей практики в практической работе. После отработки и анализа эффективности инструкции будут рекомендованы для использования на уровне всей

системы здравоохранения, а также при первичной подготовке и специализации врачей общей практики и средних медицинских работников.

Потенциал персонала пилотных учреждений усилен в результате организации трех обучающих визитов в Литовскую Республику, где система здравоохранения в основном базируется на первичной медицинской помощи. Участники поездок ознакомились с этапами реформирования первичного звена системы здравоохранения и различными подходами к профилактике НИЗ, их раннему выявлению и ведению, а также с тем, как система здравоохранения реагирует на нужды людей с этими заболеваниями (19). Делегации из Беларуси наблюдали работу различных учреждений здравоохранения, где совместно работают врачи общей практики, медсестры и узкие специалисты, реализуя национальные программы профилактики НИЗ. Медицинские работники из Беларуси посетили небольшие частные практики, общественные поликлиники и Центр семейной медицины Больницы Вильнюсского университета, а также Центр первичной медико-санитарной помощи Друскининкайского района. Участники имели возможность обсудить, какую поддержку получали медсестры и врачи, когда они взяли на себя новые функции и задачи по профилактике инфекционных заболеваний и борьбе с ними. В ходе визитов установлены рабочие контакты и намечены пути взаимодействия и обмена опытом с Вильнюсским университетом и Литовским обществом семейной медицины.

### СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СХЕМ МАТЕРИАЛЬНОГО СТИМУЛИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Расширение функций и увеличение объемов оказываемой медицинской помощи увеличивает нагрузку на медицинский персонал пилотных учреждений, поэтому в рамках проекта ведется работа по совершенствованию схем материального поощрения для медицинских работников с целью стимулирования профилактического компонента работы с НИЗ. Стимулы должны помочь мотивировать и удержать персонал, а также помочь пациентам взять на себя инициативную роль и укрепить приверженность лечению и рекомендациям по изменению образа жизни. В конечном итоге целью мер материального стимулирования является повышение ответственности поставщиков услуг за клинические результаты, а не только за соблюдение клинических руководств. Таким образом, происходит перенос акцента с оценки клинических процессов на оценку результатов деятельности. Совершенствование схем материального стимулирования предусматривает

пересмотр индикаторов и механизмов мониторинга и оценки с учетом достигнутых показателей по НИЗ и эффективности работы служб системы здравоохранения. В рамках данного компонента проекта специалистами тематической рабочей группы Минздрава Беларуси разработан новый перечень индикаторов оценки деятельности пилотных учреждений. Использование данных индикаторов для анализа результативности профилактических и лечебных мероприятий по НИЗ в пилотных учреждениях поможет наилучшим образом судить об эффективности новых моделей оказания помощи, а также обосновать необходимость введения дополнительных финансовых стимулов.

### СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОТЧЕТНО-УЧЕТНОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ В СИСТЕМЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Существующая в настоящее время в Беларуси система отчетности слишком громоздка, что создает дополнительную нагрузку по оформлению документов для специалистов первичного звена. Однако эти отчетные сведения почти не используются или используются очень ограниченно и практически не имеют отношения к мониторингу качества работы (15). Обычно профиль задач типового поставщика первичной медико-санитарной помощи включает оказание профилактических услуг, таких как диспансеризация, в том числе ежегодные медосмотры, санитарное просвещение пациентов и укрепление здоровья, скрининг по нескольким группам НИЗ и большое число административных задач, которые забирают время, отводимое для клинической деятельности (7). В рамках проекта планируется пересмотр объема и содержания отчетно-учетной документации в системе первичной медицинской помощи с целью формирования эффективной информационной системы, данные из которой будут использоваться для оценки качества работы и составлять основу для финансового стимулирования. В рамках данного компонента проекта специалистами тематической рабочей группы Минздрава Беларуси готовятся предложения по совершенствованию отчетно-учетной документации и интеграции обновленных баз данных в единую электронную информационную систему здравоохранения.

Группа руководства проектом, состоящая из сотрудников Странового офиса ВОЗ в Беларуси, Европейского центра ВОЗ по первичной медицинской помощи и национальных специалистов, осуществляет регулярные мониторинговые визиты в пилотные учреждения проекта. Уже спустя полгода после запуска проекта, состоявшегося

в январе 2018 г., на обоих пилотных участках стали заметны позитивные изменения. Эти перемены затронули главным образом маршруты пациентов, а также роль средних медицинских работников первичного звена здравоохранения. Помощники врачей и медсестры расширили границы своих компетенций и повышают информированность пациентов по вопросам здоровья, а также проводят мотивационное консультирование по теме борьбы с неинфекционными заболеваниями и факторами риска их развития. Медсестры и помощники врачей сообщают, что пациенты положительно воспринимают новые роли медицинского персонала и демонстрируют более высокую приверженность лечению и изменению поведения. Кроме того, специалисты выражают заинтересованность в дальнейшем совершенствовании коммуникативных навыков для достижения более ощутимых результатов. Врачи общей практики также позитивно воспринимают изменения в структуре и порядке оказания помощи и считают, что эти перемены улучшат качество помощи и удовлетворенность пациентов (20).

## ВЫВОДЫ

Для выполнения проекта «БЕЛМЕД» была разработана новая, пациент-ориентированная модель первичной помощи в Беларуси. На основе этой модели в настоящее время реализуются мероприятия проекта, которые уже сейчас демонстрируют позитивные сдвиги в предоставлении комплексной, интегрированной и ориентированной на нужды людей первичной помощи. Появились первые результаты работы новой модели первичного звена, заключающиеся в повышении у пациентов приверженности назначенному лечению, формированию ответственности за свое здоровье и отказе от вредных привычек. Системный анализ результатов пилотных мероприятий, который будет подготовлен на завершающей стадии проекта, станет основой рекомендаций по широкому внедрению новой модели первичной медицинской помощи по всей стране и будет способствовать обеспечению профилактики НИЗ на протяжении всего жизненного цикла посредством всеобщего охвата населения доступной и качественной первичной медицинской помощью.

Пример пилотирования мероприятий по внедрению новой, пациент-ориентированной модели первичной помощи в Беларуси может оказаться полезным для стран, находящихся на этапе реформирования систем первичной медико-санитарной помощи. Мы полагаем, что описание характера и механизмов внедрения пилотных

мероприятий в сфере первичной медико-санитарной помощи в Беларуси может представлять интерес для широкого круга специалистов, участвующих в разработке политики по реформированию первичной медицинской помощи.

**Выражение признательности:** авторы выражают признательность донорам и участникам проекта «БЕЛМЕД», без которых публикация статьи с результатами работы не была бы возможной. Проект «БЕЛМЕД» финансируется Европейским союзом и реализуется Министерством здравоохранения Республики Беларусь в сотрудничестве с ВОЗ, Программой развития ООН, Детским фондом ООН и Фондом ООН в области народонаселения.

**Источники финансирования:** не заявлены.

**Конфликт интересов:** не заявлен.

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

## БИБЛИОГРАФИЯ<sup>1</sup>

1. Первичная медико-санитарная помощь. Отчет о международной конференции по первичной медико-санитарной помощи, Алма-Ата, СССР, 6–12 сентября 1978 г., проведена совместно Всемирной организацией здравоохранения и Детским фондом Организации Объединенных Наций. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 1978 г.
2. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970–1998. *Health Services Research* 2003;38:831–65.
3. Kringos D, Boerma W, van der Zee J, Groenewegen P. Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. *Health Affairs* 2013;32:686–94.
4. Roland M, Nolte E. The future shape of primary care. *British Journal of General Practice* 2014; 64:63–4.
5. Chan M. Return to Alma-Ata. *Lancet*. 2008;372(9642):865–866.
6. Boerma W, Rico A. Changing conditions for structural reform in primary care. In: Saltman RB, Rico A, Boerma W (eds.) *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care*. Maidenhead: Open University Press, 2006: 50–67.
7. Оценка модели организации первичной медико-санитарной помощи в Беларуси. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0017/91610/E92661R.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/91610/E92661R.pdf)).
8. World Bank. Belarus – Public expenditure review: enhancing public services in times of austerity. *Public Expenditure Review (PER)*. Washington DC; World Bank Group, 2013. (<http://documents.worldbank.org/curated/en/2013/02/17536588/belarus-public-expenditure-review-enhancing-public-services-times-austerity>).
9. Richardson E, Malakhova I, Novik I, Famenka A. Беларусь: обзор системы здравоохранения. *Системы здравоохранения: время перемен*. 2013; 15(5):1–118. (<http://www.euro.who.int/ru/about-us/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits/full-list-of-country-hits/belarus-hit-2013>).
10. Постановление от 14.03.2016 № 200 «Об утверждении Государственной программы „Здоровье народа и демографическая безопасность Республики Беларусь“ на 2016–2020 гг.». Минск: Совет Министров Республики Беларусь; 2016.
11. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27.02.2018 № 177 «Об организации работы врача общей практики» ([http://minzdrav.gov.by/ru/dlya-spetsialistov/normativno-pravovaya-baza/baza-npa.php?ELEMENT\\_ID=328222](http://minzdrav.gov.by/ru/dlya-spetsialistov/normativno-pravovaya-baza/baza-npa.php?ELEMENT_ID=328222)).
12. Noncommunicable Diseases Progress Monitor, 2017. Geneva: World Health Organization; 2017 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258940/9789241513029-eng.pdf;jsessionid=1BBAC4C32FEF2F291DEB8C351540F107?sequence=1>).
13. Risk of premature death from the four target NCDs. In: *Global Health Observatory data repository [online database]*. Geneva: World Health Organization (<http://apps.who.int/gho/data/view.main.2485?lang=en>).
14. Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в Республике Беларусь: результаты исследования STEPS. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017 (<http://www.euro.who.int/en/countries/belarus/publications/prevalence-of-noncommunicable-disease-risk-factors-in-republic-of-belarus-steps-2016-2017>).

<sup>1</sup> Все ссылки приводятся по состоянию на 12 ноября 2018 г.

15. Улучшение показателей по неинфекционным заболеваниям: барьеры и возможности систем здравоохранения. Страновая оценка: Беларусь. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 (<http://www.euro.who.int/ru/health-topics/Health-systems/health-systems-response-to-ncds/publications/2016/better-noncommunicable-disease-outcomes-challenges-and-opportunities-for-health-systems-belarus-country-assessment-2016>).
16. Продолжение деятельности по укреплению первичного звена здравоохранения в Республике Беларусь в целях более эффективного удовлетворения потребностей в медико-санитарной помощи, связанных с НИЗ. Источник: Беларусь [веб-сайт]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017. (<http://www.euro.who.int/ru/countries/belarus/news/news/2017/03/continuing-to-strengthen-primary-health-care-in-belarus-to-better-address-health-needs-related-to-ncds>).
17. Беларусь: учебный курс по развитию компетенций в сфере предоставления ориентированных на нужды людей, координированных и интегрированных услуг здравоохранения. Источник: Беларусь. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017 (<http://www.euro.who.int/ru/countries/belarus/news/news/2017/1/belarus-training-course-develops-competencies-in-person-centred,-coordinated-and-integrated-primary-health-care-service-delivery>).
18. Команда ОВП спешит на помощь. В Могилеве прошел четырехдневный семинар для медицинских работников в рамках выполнения шестой задачи проекта «БЕЛМЕД» «Поддержка модернизации системы здравоохранения с упором на первичную медицинскую помощь в Республике Беларусь». Медицинский вестник. 2018; 41 (1397): 18-19.
19. Усиление ПМСП в Республике Беларусь: визит делегации в Литву. Источник: Беларусь [веб-сайт]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017 (<http://www.euro.who.int/ru/countries/belarus/news/news/2017/08/strengthening-primary-health-care-in-belarus-delegation-visits-lithuania>).
20. Мониторинг прогресса в области укрепления первичной медико-санитарной помощи в Беларуси. Источник: Беларусь [веб-сайт]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2018 (<http://www.euro.who.int/ru/countries/belarus/news/news/2018/4/monitoring-progress-in-strengthening-primary-health-care-in-belarus>). ■



## ORIGINAL RESEARCH

# Adapting the COORDENA questionnaire for measuring clinical coordination across health care levels in the public health system of Catalonia (Spain)

María-Luisa Vázquez Navarrete<sup>1</sup>, Ingrid Vargas Lorenzo<sup>1</sup>, Anabel Romero<sup>1</sup>, Elvira Sánchez<sup>2</sup>, Isabel Ramon<sup>3</sup>, Pere Plaja<sup>4</sup>, Angels AVECILLA<sup>5</sup> and Rosa Morral<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Health Policy and Health Services Research Group, Health Policy Research Unit, Consortium for Health Care and Social Services of Catalonia, Barcelona, Spain

<sup>2</sup>Serveis de Salut Integrats Baix Empordà, Palamós, Spain

<sup>3</sup>Consorci Hospitalari de Vic, Vic, Spain

<sup>4</sup>Fundació Salut Empordà, Figueres, Spain

<sup>5</sup>Badalona Serveis Assistencials, Badalona, Spain

<sup>6</sup>Institut Català de la Salut, Barcelona, Spain

Corresponding author: Ingrid Vargas Lorenzo (email: [ivargas@consorci.org](mailto:ivargas@consorci.org))

## ABSTRACT

**Background:** Clinical coordination across health care levels is a health policy priority for health systems worldwide, particularly in those organised around primary health care. The COORDENA questionnaire was first developed in Latin America for measuring clinical coordination across health care levels. The objective of this study is to adapt and validate the COORDENA questionnaire and its application method for use in the public health system of Catalonia (Spain).

**Methods:** The COORDENA questionnaire underwent a two-stage adaptation process for the context of the public health system of Catalonia: 1) literature review, expert discussions and two pre-tests to contextually adapt the language and contents of the questionnaire and produce an online version; and 2) piloting the adapted version of the questionnaire through an online survey of 161 doctors in a health care area of the public health system of Catalonia.

**Results:** Most of the original questions were retained. An adequate level of comprehensiveness, understanding, acceptability, sequence of themes

and questions, and length of the adapted questionnaire was observed in the pre-tests. The survey participation rate was 33.8%, with more primary care doctors participating than secondary care doctors. None of the questions presented a high no-response rate, low variability or unexpected responses. Results show that doctors report high levels of clinical information coordination and care coherence, as expected, in contrast with their limited general perception of coordination across care levels in the health care area that was analysed.

**Conclusion:** The COORDENA questionnaire adapted for Catalonia, COORDENA-CAT, has proved to be a valid instrument to comprehensively evaluate clinical coordination across health care levels from the perspective of primary and secondary care doctors. It is relatively easy to adapt to new contexts and can be used to monitor, evaluate and benchmark health services within and across countries and to complement evaluation with other sources of information, such as indicators or the perspectives of patients.

**Keywords:** HEALTH CARE, CLINICAL COORDINATION ACROSS CARE LEVELS, CLINICAL MANAGEMENT COORDINATION, CLINICAL INFORMATION COORDINATION, HEALTH SERVICES EVALUATION, QUESTIONNAIRE

## BACKGROUND

Coordinating health care across different care levels poses a challenge for health systems around the world. This is particularly true for health systems in which primary health

care acts as a gate-keeper and coordinator of patient care throughout the health care continuum. Rapid technological advances, increasing specialization and new ways of organising services mean that a growing number of professionals and services are involved in the health care of patients, thus

jeopardizing its coordination; a problem which particularly affects patients with chronic conditions and multi-morbidities (1, 2). Faced with this scenario, health systems should adopt models of care provision that foster collaboration across different levels of care in order to improve care continuity, efficiency, and particularly the quality of care and health of patients (2, 3). In the public health system of Catalonia, one of the Spanish regions, as in any system based on primary care, key factors for operational effectiveness include: exchanging information; communicating fluidly across different levels of care; and making agreements between the professionals involved in the clinical management of patients, including their follow-up and appropriate access to services across different health care levels. Despite the extraordinary increase in the number of publications on care coordination in the last decade, the lack of consensus on definitions among disciplines, such as primary care, mental health, and disease management, still remains (4, 5). Many of them are limited to particular patient populations, settings, transitions or types of coordination. The broad conceptual framework adopted in this study (6) defines clinical coordination, according to Longest and Young (7), as the harmonious connection of different health services needed to provide care to a patient throughout the care continuum in order to achieve a common objective without conflicts. Following Reid et al (8), two different interrelated types of clinical coordination are distinguished (9): firstly, the coordination of clinical information, which refers to the exchange of patients' clinical information to harmonize care activities between providers, consists of the transfer of clinical information and its use; and secondly, the coordination of clinical management, which refers to the provision of care in a sequential and complementary manner by the different services and levels of care involved, consisting of the coherence of care, patient follow-up, and accessibility across different levels of care. Care coordination refers to health care services and can be analysed through service-based indicators or by taking into account the views of health personnel using qualitative methods, such as in-depth interviews, or quantitative methods, such as surveys (10). In contrast, continuity of care refers to how patients experience the coordination of services received, which can be analysed only from the users' perspective (8).

Despite the relevance attributed to care coordination across different levels of care, few studies adopt a comprehensive approach in order to include the different types and dimensions of coordination, different transitions between care levels and the general patient population (11). Most studies that measured care coordination from the perspective of health professionals focused on health care coordination for a particular type

of patient or care coordination (12–14), the evaluation of a specific care coordination mechanism (15–17), or a level of care, mainly primary health care (18). In Catalonia, previous research has analysed clinical coordination in health care networks by exploring the patients' perceptions of continuity across different care levels (19, 20) and measuring the degree of clinical coordination using service-based indicators (9, 19). However, factors influencing clinical coordination or the experiences of doctors were rarely analysed (21–23).

To the best of our knowledge (11, 24), the only comprehensive instrument to measure clinical coordination across care levels from the perspective of doctors is the COORDENA questionnaire, which was first developed and applied in six Latin American countries in 2015 (25), based on the same theoretical framework of Vázquez et al (6). It consists of three main parts: a) doctors' experiences of clinical information and clinical management coordination across care levels and the general perception of doctors of the degree of coordination in their health care network; b) doctors' knowledge and use of clinical coordination mechanisms across levels of care; and c) the factors that potentially influence care coordination (available on: [www.equity-la.eu](http://www.equity-la.eu)). The objective of this study is to adapt and validate an online version of the COORDENA questionnaire and its method of application for use in the public health system of Catalonia.

## METHODS

The COORDENA questionnaire was adapted to the context of the public health system in Catalonia in two stages. In the first stage, the language and contents were revised and updated on the basis of a literature review, previous qualitative research results, meetings with experts and two pre-tests. In the second stage, the pre-tested online version was piloted (Fig. 1).

### STAGE 1: ADAPTATION OF THE CONTENTS OF THE QUESTIONNAIRE

In order to adapt the questionnaire to the context of the public health system in Catalonia<sup>1</sup>, two steps were taken: a revision and update of contents (face or content validity) and language; and two pre-tests.

<sup>1</sup> Spain has a decentralised national health system. The health competences were devolved to the 17 regions (autonomous communities). Therefore, they may differ in the way they organize and deliver health services. Adapting the questionnaire to the context in Catalonia meant to consider what specific coordination mechanisms do exist in the health services of Catalonia and which organizational factors could be of relevance.

## REVISION OF CONTENTS (FACE OR CONTENT VALIDITY) AND LANGUAGE

A literature review was conducted to identify new studies that analysed clinical coordination across levels of care and associated factors – such as organisational, interactional, and work-related attitudes – as well as instruments that were available to measure care coordination. The results of qualitative studies on care coordination conducted in Catalonia and elsewhere (21–23) were also taken into consideration. The COORDENA questionnaire was translated into Catalan, terms were culturally adapted to the context<sup>1,2</sup> of the health system in Catalonia, and it was then translated back into Spanish. New questions were included related to coordination mechanisms available in the health care networks of the Catalan public health system as well as additional factors potentially associated with coordination that were relevant to the context, as identified in the literature review. Some questions relating to the influencing factors were also removed. The preliminary draft of the questionnaire was discussed in two sessions with an expert group to assess face validity and a first draft was developed for pre-testing. The expert group consisted of: members of the Health Care Integration Evaluation Group, or GAIA, which consists of health services professionals who are involved in health services research or quality evaluation processes and thus have a good knowledge of the subject and the context; and researchers who created the COORDENA questionnaire.

## PRE-TESTS

Two pre-tests were conducted in order to evaluate: firstly, comprehensiveness, understanding, acceptability, sequence of themes and questions, and the length of the questionnaire; and secondly, the functioning of the online version. The first pre-test was carried out through face-to-face cognitive interviews with primary care and secondary acute and long-term care doctors. The selection of doctors was based on the following survey inclusion criteria: doctors had worked for at least one year in the health care organization, doctors provided direct care to patients, and their daily practice involved contact with doctors from other care levels through, for example, the patient referral process. In the first pre-test, eight doctors participated: three from primary care, two from acute secondary care and three from long-term secondary care.

<sup>2</sup> The questionnaire was first developed in six countries of Latin America – Argentina, Brazil, Colombia, Chile, Mexico and Uruguay. In each country the contents were adapted to their use of the language. The cultural adaptation meant to ensure the choice of adequate terms or question formulation to represent the same concepts, for instance: to define the kind of work, (primary care, secondary acute and long-term care), the type of coordination mechanisms (referral, reply letters), etc.

Based on the results of the first pre-test, changes were made to the questionnaire, followed by the development of the online version in both Catalan and Spanish. Its functioning was tested first by seven members of the research team and then by six doctors, three from primary care and three from secondary care, in the three health care areas of Baix Empordà, Osona and Alt Empordà. A number of improvements were subsequently made to the online version of the instrument.

## STAGE 2: PILOT STUDY

A pilot study was conducted in order to test the newly adapted version, COORDENA-CAT, and the feasibility of the online survey under real conditions.

## STUDY AREA

The study area was the network of health services within the Catalan public health system located in the Southern Metropolitan Area of Barcelona and comprised: 19 primary care teams of the Servei d'atenció primària Delta del Llobregat; one acute hospital, Hospital de Viladecans; and one long-term care hospital, Hestia Duran i Reynals. The primary care teams and the acute hospital were managed by the same public entity, the Institut Català de la Salut, and the long-term care hospital was managed by a private entity, Hestia Alliance.

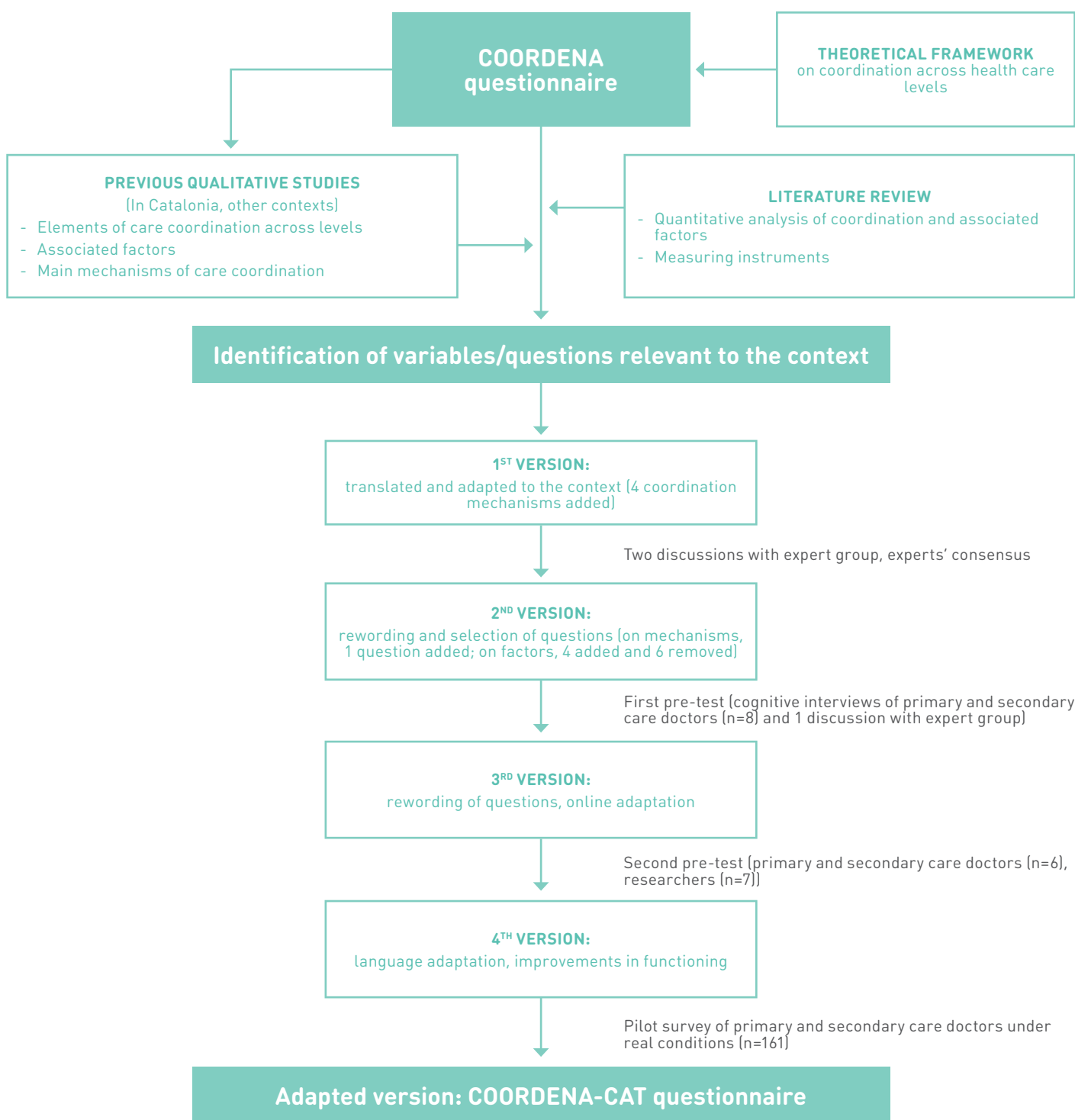
## STUDY POPULATION

The study population consisted of primary care and secondary acute and long-term care doctors that had worked for at least one year in a centre of the network, provided direct care to patients, and whose daily practice involved contact with doctors from other care levels through, for example, the patient referral process.

## DATA COLLECTION PROCESS

Data collection was programmed to take place over two weeks. On day one, each health care provider sent, to all doctors working in their respective institution, an email containing a personal invitation to participate and a link to access the online questionnaire. Each link was unique and randomly generated, allowing doctors to respond anonymously. Doctors could access the questionnaire at different times at their convenience and continue answering at the point where they had left off, as the previously filled in answers were automatically saved. All answers were automatically registered in an Excel database to which only the coordinator had access. After a week, a second email was sent to all invited doctors to encourage them to participate or to thank them for their participation if they had already answered.

FIG. 1. ADAPTATION PROCESS OF THE COORDENA QUESTIONNAIRE TO THE HEALTH SYSTEM IN CATALONIA



### STRATEGIES FOR ENCOURAGING PARTICIPATION

A number of strategies were used to boost participation levels both before and during the survey:

- **Information sessions** for managers of participating health care centres, to publicize the project, explain the

methodology and encourage participation, commenced two weeks before the beginning of the pilot survey.

- **Posters.** A poster was designed to explain the survey's objective and online procedure, emphasizing how important it was for doctors to express their opinions in order to develop a realistic picture of care coordination in

their organization and identify elements for improvement. The posters were displayed one week before the beginning of the survey in spaces commonly used by doctors, such as meeting rooms, libraries, and canteens, in all participating centres.

- **News published on the intranet.** A short article explaining the project was published on the corporate intranet of each participating centre one week before the beginning of the survey.
- **Participation follow-up.** Over the survey's two-week period, the coordinator monitored the response rate of each centre. In those primary care centres with a low rate, specific actions to encourage participation were taken, such as extra reminders by email.

## DATA ANALYSIS

In order to evaluate the way in which the survey was conducted, the following variables were analysed, both globally and for each health care level: number of responses per day, rate of access to the questionnaire, global response rate, and proportion of doctors who fully completed the questionnaire. To assess the performance of the COORDENA-CAT questionnaire, a descriptive univariate analysis was first conducted, in order to identify questions with a high no-response rate or low response variability. Secondly, a correlation analysis of questions on the same construct was performed, to identify questions that provided little added value. Finally, the open-ended question on difficulties in answering the questionnaire was analysed. All the analyses were performed using Excel.

## ETHICAL CONSIDERATIONS

Approval for the study was granted by the ethics committee of Parc de Salut Mar and Bellvitge Hospital. Participation in the study was voluntary. All participants read and granted informed consent before gaining access to the questionnaire and were permitted to withdraw at any moment. The researchers had no access to any personal data of participating doctors. Anonymity was guaranteed by randomly assigning a code to each participant, not collecting names, and having an aggregated analysis of the data.

## RESULTS

### ADAPTATION OF THE QUESTIONNAIRE

Regarding the contents of the questionnaire, following the literature review and expert group discussion and consensus, the most important change was the addition of questions

addressing the existing clinical coordination mechanisms in the health service networks of the Catalan public health system. Furthermore, according to their contextual relevance, certain questions referring to potentially associated factors were removed, others were reworded to make more sense in the context, and some new ones were added (Fig. 1). Regarding face or content validity, the expert group found that both types of clinical coordination across levels of care – information and clinical management coordination, and their dimensions and attributes – were represented in the questionnaire. In addition, all existing mechanisms for care coordination across care levels and potentially influencing factors were included in the questionnaire.

The first pre-test showed a relatively good understanding of the questions, an adequate sequence of themes and questions, and an adequate length of approximately 15 minutes. However, a need was identified to make some modifications, including: rewording some questions to make them easier to understand, such as those regarding the shared clinical history in the area; simplifying by fusing two questions into one; adding response categories; and refining the instructions for some sections. The second pre-test, of the adapted online version, confirmed a better understanding of the revised questions and identified a few more elements requiring refinement, such as: the information given in the consent form; the layout; and problems in its online functioning, such as the lack of filters and a progress indicator, and spelling mistakes (Fig. 1).

The final version of the COORDENA-CAT questionnaire consists of seven sections (Box 1) and is very similar to the original questionnaire. Changes in contents were introduced in sections three, four, five and seven. In section three, one question was added on doctors establishing a patient care plan together. The fourth and fifth sections refer to the knowledge of doctors and their use of clinical coordination mechanisms across different health care levels. The fourth section now has an additional question regarding the perceived usefulness of the mechanisms and adds four mechanisms to the original questionnaire: shared clinical history of Catalonia, shared clinical history of the network, virtual consultations through the clinical history, and case managers. The fifth section adds two mechanisms: shared clinical records and virtual consultations through the clinical record. The seventh section now groups all questions related to factors that potentially influence clinical coordination, in contrast to their having been in different sections in the original questionnaire. Furthermore, some questions were added or removed in this section including: for organizational factors, two added and two removed; for interactional factors, two added and



one removed; for job-related attitudes, two removed; and for employment factors, one removed. Questions on demographic characteristics did not change.

### BOX 1. CONTENTS OF THE COORDENA-CAT QUESTIONNAIRE<sup>1</sup>

1. Informed consent
2. General information: experience in the health care network
  - *Level and type of care*
3. Experience of coordination between levels of care (16 items)
  - *Coordination of clinical information (exchange, use and needed information)*
  - *Coordination of clinical management*
    - *Care coherence: related to treatment, diagnostic tests and shared care plans<sup>2</sup>*
    - *Follow-up across levels of care: (back) referrals, recommendations, and consultations*
    - *Accessibility across levels of care: waiting times when (back) referred*
  - *Perception of coordination across levels of care*
4. Coordination mechanisms between levels of care in your centre
  - *Knowledge, frequency of use, and opinion on usefulness<sup>2</sup>: shared clinical history of Catalonia-HC<sup>3</sup>, shared clinical history in the centre<sup>3</sup>, joint clinical sessions, virtual consultations through the clinical history<sup>3</sup>, e-mail, telephone, referral report, discharge report, shared protocols/clinical guidelines, case managers/liaison nurses<sup>3</sup>*
5. Characteristics of use of coordination mechanisms between levels of care
  - *Available information, difficulties, reasons of use: shared clinical history<sup>3</sup> joint clinical sessions, virtual consultations through the clinical history<sup>3</sup>, e-mail, telephone*
6. Suggestions for the improvement of clinical coordination across care levels
7. Factors related to coordination across levels of care
  - *Organizational<sup>4</sup>, job related attitudes<sup>5</sup>, interactional<sup>6</sup> employment conditions<sup>7</sup> demographic*

<sup>1</sup> The questionnaire is available at: [http://www.consorci.org/coneixement/es\\_cataleg-de-publicacions/164/questionari-coordena-cat](http://www.consorci.org/coneixement/es_cataleg-de-publicacions/164/questionari-coordena-cat)

<sup>2</sup> added questions

<sup>3</sup> added coordination mechanisms

<sup>4</sup> two questions added and two removed

<sup>5</sup> two questions removed

<sup>6</sup> two questions added and one removed

<sup>7</sup> one question removed

## EVALUATION OF THE METHOD AND QUESTIONNAIRE

### EVALUATION OF THE METHOD

Participation was irregular over the survey period, although this increased after having sent reminders to doctors. In the first three days, 36.4% of responding doctors accessed the questionnaire, with increases to 71.6% and 88.6%, respectively, after having sent the first and second reminders. A similar pattern was observed for both primary care and secondary care doctors, with higher levels for primary care doctors. With regard to response rate, all doctors of the participating centres were invited to participate in the survey, and of these, 36.9% accessed the questionnaire and 33.8% agreed to participate (Table 1). Only two doctors provided a reason for not participating, in that they did not fulfil the inclusion criteria. From those doctors who agreed to participate, 83.9% fully completed the questionnaire. Differences in participation were observed according to health care levels: while the proportion of invited primary care doctors who participated, 40.7%, was much higher than that for the invited secondary care doctors, 19.0%, the percentage of those who completed the questionnaire was high in both groups, 81.1% and 96.6%, respectively (Table 1).

### EVALUATION OF THE QUESTIONNAIRE

#### Sample characteristics

Most (70.4%) of the participants were women. Almost half of the sample (45.4%) were between the ages of 41 and 54 and most (88.0%) were born in Spain. Most were primary care doctors (82.0%); a majority (63.8%) had over 16 years of experience working in the same organization; and most (71.9%) had a permanent contract (Table 2).

#### Descriptive analysis of the questions

The descriptive analysis showed, firstly, that none of the questions presented a high no-response rate, low response variability or unexpected responses (Table 3).

Moreover, answers were generally in line with what was theoretically expected. With regard to clinical information coordination across different levels, most doctors reported that: they usually shared information on the patients they have in common (64.0%); that shared information is necessary for the care of these patients (66.9%); and that they use it (81.5%). With respect to clinical management coordination across levels and care consistency, most doctors reported that they usually

**TABLE 1. DOCTORS' PARTICIPATION IN THE SURVEY ACCORDING TO HEALTH CARE LEVEL**

	Invited doctors	Doctors who accessed the questionnaire*		Doctors who agreed to participate*		Doctors who fully completed the questionnaire**	
	N	N	%	N	%	N	%
Primary care	324	140	43.2	132	40.7	107	81.1
Secondary care	153	36	23.5	29	19.0	28	96.6
Acute hospital	145	29	20.0	23	15.9	22	95.7
Long-term care hospital	8	7	87.5	6	75	6	100
Total	477	176	36.9	161	33.8	135	83.9

\*Calculated for the number of doctors invited

\*\*Calculated for the number of doctors who accepted to participate

**TABLE 2. SAMPLE CHARACTERISTICS**

Variable		n	%
Sex (n=161)	Women	95	59.0
	Men	40	24.8
	Missing	26	16.1
Age (n=161)	30–40 years	27	16.8
	41–54 years	59	36.6
	54–65 years	44	27.3
	Missing	31	19.3
Country of birth (n=161)	Spain	117	72.7
	Other	16	9.9
	Missing	28	17.4
Health care level (n=161)	Primary care	132	82.0
	Secondary care (SC)	29	18.0
	- SC acute hospital	23	14.3
	- SC long-term care hospital	6	3.7
Experience in the organization (n=161)	< 6 years	13	8.1
	6–15 years	34	21.1
	16–25 years	41	25.5
	> 25 years	42	26.1
	Missing	31	19.3
Type of contract (n=161)	Permanent	130	80.7
	Temporary	5	3.1
	Missing	26	16.1

agree with the treatments prescribed by doctors from another care level (72.8%); and considered that contraindications and/or duplication in the treatments prescribed are rare (59.3%); as is the repetition of tests already carried out at the other level of care (66.7%). However, most doctors (86.0%) reported that they rarely establish a treatment plan for patients together with other doctors, when needed. With regards to the follow-up of patients across levels of care, most doctors (90.8%) found that the referrals of primary care doctors to secondary care doctors were generally appropriate, as were the back referrals of secondary doctors (79.1%). However, some differences according to health care level were observed regarding patient follow-up and accessibility across levels of care (Table 3). In terms of the general perception of clinical coordination across care levels, most doctors (77.6%) found that patient care was not coordinated in their area, with small differences between primary and secondary care doctors (Table 3).

### *Analysis of correlations*

The correlation analysis performed on questions addressing the same construct, or dimension, did not identify any strongly correlated questions. Hence, all questions provided added value and were therefore considered relevant for the independent analysis.

### *Difficulties in use of the questionnaire*

The analysis of the open question on any difficulties encountered in answering the questionnaire revealed no relevant difficulty. Out of 96 doctors who expressed their opinion, half of them (51.0%) did not encounter any problems. Among those doctors who mentioned some kind of difficulty, the most frequently cited problems were the lack of time and the length of the questionnaire (12.4%), followed by the need to further qualify some answers but having no space in which to do so (5.0%).

## DISCUSSION

Despite the fact that health care coordination is a health policy priority of health systems worldwide, to the best of our knowledge, the COORDENA questionnaire is the first tool to comprehensively evaluate health care coordination across different levels of care, taking into account the different types and dimensions of clinical coordination, different transitions, and the perspective of both primary and secondary care doctors, including a variety of specialties. It provides the perspective of one of the main actors, the doctors, and will be useful to complement other sources of information, such as

indicators or the perspectives of patients. The online version was developed and piloted in the public health system of Catalonia following a systematic process, and in accordance with the conceptual framework, which guided all phases of the study. It has proven to be a valid instrument and method to evaluate clinical coordination across health care levels. Used periodically in the health system, it should allow us to: identify and address problems of health care coordination across levels and their influencing factors in a particular area; serve as a benchmark across areas; and hence help to identify interventions to improve them. Moreover, changes in its contents are minimal compared to the original version (25) and these refer mainly to the inclusion of questions on the clinical coordination mechanisms existing in the health system and on influencing factors. This means that cross-country comparisons will be possible in order to analyse levels of achievement, and to identify contextual factors that might explain different results and require appropriate interventions.

Online surveys are easier to apply, faster, and less expensive than face-to-face surveys; however, they have a lower response rate, especially among doctors (26). Although the response rates of the COORDENA questionnaire, when applied by means of face-to-face interviews in Latin American health services networks, were significantly higher (approximately 90%) (10), the response rate achieved here (33.8%) was similar to another online survey of primary care doctors in Madrid (39.4%) (26), and higher than others (27). There were significant differences in the response rate between primary care doctors (40.7%) and secondary acute care doctors (15.9%) which is probably due to the different levels of involvement of their management teams. The primary care management team was actively involved and sent additional specific emails encouraging the participation of centres with low response rates. However, in the hospital, only reminders were sent with no further actions taken. With the aim of boosting participation, two suggestions emerged from the discussion around the pilot results with the primary care and hospital management teams: firstly, health managers from all levels could be more actively involved; and secondly, more face-to-face meetings could be programmed at all levels with the organisations participating in the survey.

Regarding the contents, the results on the doctors' experiences with clinical coordination are generally in line with what was expected. For example, the relatively high level of information exchange can be attributed to measures taken to implement information coordination mechanisms, such as shared electronic medical records or virtual consultations (28). With respect to clinical management coordination across levels of care, doctors generally reported experiences of frequent

**TABLE 3. EXPERIENCE OF THE DIFFERENT TYPES OF CLINICAL COORDINATION AND GENERAL PERCEPTION**

			Health care level			
			Primary care	Secondary care	Total	
			N=132	N=29	N=161	
			n (%)	n (%)	n (%)	
<b>Experience of clinical coordination</b>						
Clinical Information coordination	<b>Transfer and use of clinical information between levels</b>					
	Primary and secondary care doctors share information on the care of patients we have in common (diagnosis, complementary tests, treatments) (n=136)	Frequently*	71 (65.1)	16 (59.3)	87 (64)	
		Rarely**	38 (34.9)	11 (40.7)	49 (36)	
		Do not know/ Do not answer	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
	The information we share is as required for the care of these patients (n=136)	Frequently	72 (66.1)	19 (70.4)	91 (66.9)	
		Rarely	37 (33.9)	6 (22.2)	43 (31.6)	
		Do not know/ Do not answer	0 (0)	2 (7.4)	2 (1.5)	
	Primary and secondary care doctors use the information that we share (n=135)	Frequently	88 (81.5)	22 (81.5)	110 (81.5)	
		Rarely	18 (16.7)	3 (11.1)	21 (15.6)	
		Do not know/ Do not answer	2 (1.9)	2 (7.4)	4 (3)	
Clinical management coordination	<b>Health care consistency between levels</b>					
	We agree with the treatments prescribed or directions given to the patients by doctors of the other level (n=136)	Frequently	79 (72.5)	20 (74.1)	99 (72.8)	
		Rarely	27 (24.8)	6 (22.2)	33 (24.3)	
		Do not know/ Do not answer	3 (2.8)	1 (3.7)	4 (2.9)	
	There are contraindications and/or duplications in the treatments prescribed by primary and secondary care doctors (n=135)	Frequently	43 (39.8)	9 (33.3)	52 (38.5)	
		Rarely	63 (58.3)	17 (63)	80 (59.3)	
		Do not know/ Do not answer	2 (1.9)	1 (3.7)	3 (2.2)	
	Primary and secondary care doctors establish a treatment plan together for patients that require this (n=136)	Frequently	13 (11.9)	5 (18.5)	18 (13.2)	
		Rarely	96 (88.1)	21 (77.8)	117 (86)	
		Do not know/ Do not answer	0 (0)	1 (3.7)	1 (0.7)	
	We repeat the tests that doctors have already carried out at the other level (analysis, imaging) (n=135)	Frequently	33 (30.6)	10 (37)	43 (31.9)	
		Rarely	74 (68.5)	16 (59.3)	90 (66.7)	
		Do not know/ Do not answer	1 (0.9)	1 (3.7)	2 (1.5)	
	<b>Adequate health care follow-up between levels</b>					
	Primary care doctors refer the patients to secondary care when appropriate (n=152)	Frequently	120 (97.6)	18 (62.1)	138 (90.8)	
		Rarely	1 (0.8)	9 (31)	10 (6.6)	
		Do not know/ Do not answer	2 (1.6)	2 (6.9)	4 (2.6)	
	Secondary care doctors send the patients back to primary care for follow-up when appropriate (n=153)	Frequently	101 (81.5)	20 (69)	121 (79.1)	
		Rarely	23 (18.5)	5 (17.2)	28 (18.3)	
		Do not know/ Do not answer	0 (0)	4 (13.8)	4 (2.6)	
	Secondary care doctors make recommendations to the primary care doctor on the follow-up of patients (diagnosis, treatment, other guidelines) (n=153)	Frequently	51 (41.1)	17 (58.6)	68 (44.4)	
		Rarely	73 (58.9)	10 (34.5)	83 (54.2)	
		Do not know/ Do not answer	0 (0)	2 (6.9)	2 (1.3)	
	Primary care doctors clarify any doubts on the follow-up of patients with the secondary care doctors (n=153)	Frequently	61 (49.2)	8 (27.6)	69 (45.1)	
		Rarely	61 (49.2)	17 (58.6)	78 (51)	
		Do not know/ Do not answer	2 (1.6)	4 (13.8)	6 (3.9)	
	Primary care doctors are informed when their patients are discharged from the hospital (n=150)	Frequently	72 (59)	8 (28.6)	80 (53.3)	
		Rarely	47 (38.5)	12 (42.9)	59 (39.3)	
		Do not know/ Do not answer	3 (2.5)	8 (28.6)	11 (7.3)	
	<b>Health care accessibility between levels</b>					
On being referred in the normal way to secondary care, the patient has to wait a long time to be seen (n=152)	Frequently	124 (100)	20 (71.4)	144 (94.7)		
	Rarely	0 (0)	6 (21.4)	6 (3.9)		
	Do not know/ Do not answer	0 (0)	2 (7.1)	2 (1.3)		
On being referred urgently to secondary care, the patient has to wait a long time to be seen (n=152)	Frequently	106 (85.5)	10 (35.7)	116 (76.3)		
	Rarely	18 (14.5)	15 (53.6)	33 (21.7)		
	Do not know/ Do not answer	0 (0)	3 (10.7)	3 (2)		
On being sent back to primary care, the patient has to wait a long time to be seen (n=150)	Frequently	42 (34.1)	5 (18.5)	47 (31.3)		
	Rarely	81 (65.9)	6 (22.2)	87 (58)		
	Do not know/ Do not answer	0 (0)	16 (59.3)	16 (10.7)		
<b>General perception of care coordination in the area</b>						
I think that in this area patient care is coordinated between primary and secondary care doctors (n=152)	Frequently	25 (20.2)	5 (17.9)	30 (19.7)		
	Rarely	98 (79)	20 (71.4)	118 (77.6)		
	Do not know/ Do not answer	1 (0.8)	3 (10.7)	4 (2.6)		

\*Frequently: Always/Very often

\*\*Rarely: Rarely/Never

coordination, with two exceptions: the joint establishment of patient care plans and accessibility across levels, both of which are consistent with current practice and available indicators (29). However, these are descriptive results and further analyses of experiences and opinion are needed that take into account potential influencing factors, such as the level of care.

One of the most relevant findings emerging from the results was the contrast between doctors' generally positive experience of most attributes of clinical information and clinical management coordination across levels, and their general perception of limited coordination across care levels in their health care areas. While this gave rise to a number of potential explanations, its most important consequence was the modification of the questionnaire to include the additional open-ended question "Why?" following the item on perception in the final version of the questionnaire.

## CONCLUSION

In conclusion, the adapted COORDENA-CAT questionnaire has proved to be a valid instrument for comprehensively measuring health care coordination across different health care levels in Catalonia, from the viewpoint of both primary and secondary care doctors. It can be applied by health providers and authorities to: identify coordination problems across levels of health care in a specific area of the health system; be used as a benchmark tool across areas; and, periodically, to monitor the performance of health services regarding clinical coordination across levels of care in order to address any emerging problems. The results can complement other sources, such as indicators, or perspectives, such as those of patients. By having retained most of the contents of the original questionnaire, it can also be used for comparisons across different health systems and countries. While its adaptation to different contexts is relatively easy, certain recommendations can be inferred from the results for its application in other contexts. Firstly, an appropriate adaptation of the language and contents of the questionnaire is required, for which a preliminary analysis of the existing mechanisms of coordination between levels of care in the networks/health system is useful. Secondly, to achieve a greater response rate, it is advisable to involve the management teams of participating centres, and to implement specific face-to-face actions in order to motivate doctors, especially those working in acute care hospitals, to participate. Lastly, the survey results should be used to give feedback to health professionals in order to involve them in the process of identifying problems and, more importantly, solutions.

**Acknowledgements:** The authors wish to thank all participating doctors for sharing their time and views. We highly appreciate the contributions to the project of the following individuals who, together with the authors of the paper, form part of the Grup d'Avaluació de la Integració Assistencial (GAIA): Lluís Colomé (Grup SAGESSA), Francesc Cots (Parc de Salut Mar), Mercè Abizanda (Parc Sanitari Pere Virgili), Jordi Coderch (Serveis Salut Integrats Baix Empordà), Elena Medarde (Consorti Sanitari de Terrassa), Marta Banquet (Consorti Sanitari de l'Anoia), and Marta Aller, Laura Esteve, Laia Ollé, Marianna Vitaloni and Andrea Miranda (Consorti de Salut i Social de Catalunya). We also gratefully acknowledge the kind collaboration and support in the pilot of the Institut Català de la Salut, particularly of Montserrat Oliveras, Meritxell Herreros, Lluís Esteve, Nacho Nieto, Montserrat Figuerola, Encarna Grifell, Jordi Trelis, Nuria Martínez, Clara Pareja, Esmeralda Martínez Morales, Maria Trinidad Fernández Romero, and Cristina Moragas Rovira.

**Source of funding:** This study was partially funded by Instituto Carlos III and the European Regional Development Fund (PI15/00021). The funding bodies were not involved in the study design, study execution, or writing of this manuscript.

**Conflict of interests:** None declared.

**Disclaimer:** The authors alone are responsible for the views expressed in this publication and they do not necessarily represent the decisions or policies of the World Health Organization.

## REFERENCES<sup>3</sup>

1. Nolte E, Knai C, editors. Assessing chronic disease management in European health systems: country reports. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/studies/assessing-chronic-disease-management-in-european-health-systems-country-reports-2015>).
2. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud.[ Strategy to approach cronicity in the National Health System] Madrid: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad; 2012 ([https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA\\_ABORDAJE\\_CRONICIDAD.pdf](https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf)).

<sup>3</sup> All references were accessed on 8 December 2018.



3. Øvretveit J. Does clinical coordination improve quality and save money? London: The Health Foundation; 2011 ([https://www.health.org.uk/sites/health/files/DoesClinicalCoordinationImproveQualityAndSaveMoneyVol2\\_fullversion.pdf](https://www.health.org.uk/sites/health/files/DoesClinicalCoordinationImproveQualityAndSaveMoneyVol2_fullversion.pdf)).
4. Schultz E, McDonald KM. What is care coordination? *International Journal of Care Coordination*. 2014;17(1-2):5-24. doi: 10.1177/2053435414540615.
5. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *British Medical Journal*. 2003;327(7425):1219-21. doi: 10.1136/bmj.327.7425.1219.
6. Vazquez ML, Vargas I, Unger JP, De Paepe P, Mogollon-Perez AS, Samico I, et al. Evaluating the effectiveness of care integration strategies in different healthcare systems in Latin America: the EQUITY-LA II quasi-experimental study protocol. *BMJ Open*. 2015;5(7):e007037. doi:10.1136/bmjopen-2014-007037.
7. Longest BB, Young, G. Coordination and communication. In: Delmar, editor. *Health Care Management*. New York; 2000:210-43.
8. Reid R, Haggerty J, McKendry R. *Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare*. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 2002.
9. Aller MB, Vargas I, Coderch J, Calero S, Cots F, Abizanda M, et al. Development and testing of indicators to measure coordination of clinical information and management across levels of care. *BMC Health Serv Res*. 2015;15:323. doi:10.1186/s12913-015-0968-z.
10. Vazquez ML, Vargas I, Unger JP, Mogollon A, Silva MR, Paepe P. Integrated health care networks in Latin America: toward a conceptual framework for analysis. *Rev Panam Salud Publica*. 2009;26(4):360-7.
11. Schultz EM, Pineda N, Lonhart J, Davies SM, McDonald KM. A systematic review of the care coordination measurement landscape. *BMC Health Serv Res*. 2013;13:119. doi:10.1186/1472-6963-13-119.
12. Lo C, Teede H, Ilic D, Russell G, Murphy K, Usherwood T, et al. Identifying health service barriers in the management of co-morbid diabetes and chronic kidney disease in primary care: a mixed-methods exploration. *Fam Pract*. 2016;33(5):492-7. doi:10.1093/fampra/cmw041.
13. Puchner R, Edlinger M, Mur E, Eberl G, Herold M, Kufner P, et al. Interface Management between General Practitioners and Rheumatologists – Results of a Survey Defining a Concept for Future Joint Recommendations. *PLoS One*. 2016;11(1):e0146149. doi:10.1371/journal.pone.0146149.
14. Shen MJ, Binz-Scharf M, D'Agostino T, Blakeney N, Weiss E, Michaels M, et al. A mixed-methods examination of communication between oncologists and primary care providers among primary care physicians in underserved communities. *Cancer*. 2015;121(6):908-15. doi:10.1002/cncr.29131.
15. Heidemann L, Petrilli C, Gupta A, Campbell I, Thompson M, Cinti S, et al. Improving Interdisciplinary Provider Communication Through a Unified Paging System. *South Med J*. 2016;109(6):378-82. doi:10.14423/SMJ.0000000000000464.
16. King J, Patel V, Jamoom E, DesRoches C. The role of health IT and delivery system reform in facilitating advanced care delivery. *Am J Manag Care*. 2016;22(4):258-65.
17. O'Malley AS, Reschovsky JD, Saiontz-Martinez C. Interspecialty communication supported by health information technology associated with lower hospitalization rates for ambulatory care-sensitive conditions. *J Am Board Fam Med*. 2015;28(3):404-17. doi:10.3122/jabfm.2015.03.130325.
18. 2015 Commonwealth fund international survey of primary care physicians in 10 nations. New York: The Commonwealth Fund; 2015 (<https://www.commonwealthfund.org/publications/surveys/2015/dec/2015-commonwealth-fund-international-survey-primary-care-physicians>).
19. Aller MB, Vargas I, Waibel S, Coderch J, Sanchez-Perez I, Colomes L, et al. A comprehensive analysis of patients' perceptions of continuity of care and their associated factors. *Int J Qual Health Care*. 2013;25(3):291-9. doi:10.1093/intqhc/mzt010.
20. Aller MB, Vargas I, Garcia-Subirats I, Coderch J, Colomes L, Llopart JR, et al. A tool for assessing continuity of care across care levels: an extended psychometric validation of the CCAENA questionnaire. *Int J Integr Care*. 2013;13:e050.
21. Aller MB, Vargas I, Coderch J, Vazquez ML. Doctors' opinion on the contribution of coordination mechanisms to improving clinical coordination between primary and outpatient secondary care in the Catalan national health system. *BMC Health Serv Res*. 2017;17(1):842. doi:10.1186/s12913-017-2690-5.
22. Henao Martinez D, Vazquez Navarrete ML, Vargas Lorenzo I. Factors influencing coordination among healthcare levels according to the opinion of healthcare managers and health professionals. *Gac Sanit*. 2009;23(4):280-6. doi:10.1016/j.gaceta.2008.05.001.
23. Aller MB, Vargas I, Coderch J, Calero S, Cots F, Abizanda M, et al. Doctors' opinions on clinical coordination between primary and secondary care in the Catalan healthcare system. *Gac Sanit*. 2017. doi:10.1016/j.gaceta.2017.06.001.

24. McDonald KM, Sundaram V, Bravata DM, Lewis R, Lin N, Kraft S, et al. Closing the Quality Gap: A critical Analysis of Quality Improvement Strategies. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2007 (<https://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/caregap/caregap.pdf>).
25. Vazquez ML, Vargas I, Garcia-Subirats I, Unger JP, De Paepe P, Mogollon-Perez AS, et al. Doctors' experience of coordination across care levels and associated factors. A cross-sectional study in public healthcare networks of six Latin American countries. *Soc Sci Med*. 2017;182:10-9. doi:10.1016/j.socscimed.2017.04.001.
26. Aerny-Perreten N, Dominguez-Berjon MF, Esteban-Vasallo MD, Garcia-Riolobos C. Participation and factors associated with late or non-response to an online survey in primary care. *J Eval Clin Pract*. 2015;21(4):688-93. doi:10.1111/jep.12367.
27. Young JM, O'Halloran A, McAulay C, Pirota M, Forsdike K, Stacey I, et al. Unconditional and conditional incentives differentially improved general practitioners' participation in an online survey: randomized controlled trial. *J Clin Epidemiol*. 2015;68(6):693-7. doi:10.1016/j.jclinepi.2014.09.013.
28. Marimon-Sunol S, Rovira-Barbera M, Acedo-Anta M, Nozal-Baldajos MA, Guanyabens-Calvet J. Shared electronic health record in Catalonia, Spain. *Med Clin (Barc)*. 2010;134 Suppl 1:45-8. doi:10.1016/s0025-7753(10)70009-9.
29. Memòria Servei Català de la Salut 2016 [Servei Català de la Salut 2016 annual report]. Barcelona: Catalunya DdS-Gd; 2017 ([http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/coneix\\_catsalut/memories\\_activitat/memories\\_catsalut/2016/memoria\\_catsalut\\_2016.pdf](http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/coneix_catsalut/memories_activitat/memories_catsalut/2016/memoria_catsalut_2016.pdf)). ■

## ОРИГИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

# Адаптация вопросника COORDENA для измерения клинической координации между разными уровнями медицинской помощи в системе здравоохранения Каталонии (Испания)

María-Luisa Vázquez Navarrete<sup>1</sup>, Ingrid Vargas Lorenzo<sup>1</sup>, Anabel Romero<sup>1</sup>, Elvira Sánchez<sup>2</sup>, Isabel Ramon<sup>3</sup>, Pere Plaja<sup>4</sup>, Angels AVECILLA<sup>5</sup>, Rosa Morral<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Исследовательская группа по вопросам политики здравоохранения и медицинских услуг, Отдел исследований политики здравоохранения, Консорциум здравоохранения и социальных служб Каталонии, Барселона, Испания

<sup>2</sup> Serveis de Salut Integrats Baix Empordà, Паламос, Испания

<sup>3</sup> Consorci Hospitalari de Vic, Вик, Испания

<sup>4</sup> Fundació Salut Empordà, Фигерас, Испания

<sup>5</sup> Badalona Serveis Assistencials, Бадалона, Испания

<sup>6</sup> Institut Català de la Salut, Барселона, Испания

Автор, отвечающий за переписку: Ingrid Vargas Lorenzo (адрес электронной почты: [ivargas@consorci.org](mailto:ivargas@consorci.org))

## АННОТАЦИЯ

**Исходные данные.** Вопросы клинической координации между разными уровнями медицинской помощи относятся к числу приоритетных в политике систем здравоохранения всего мира, особенно если их работа выстроена вокруг первичной медико-санитарной помощи. Вопросник COORDENA впервые был разработан в Латинской Америке для измерения координации между разными уровнями системы здравоохранения. Цель данного исследования заключалась в адаптации и валидации вопросника COORDENA и метода его применения в условиях системы здравоохранения Каталонии (Испания).

**Методы.** Вопросник COORDENA был адаптирован к контексту системы здравоохранения Каталонии в два этапа: 1) обзор литературы, дискуссии с участием экспертов и два предварительных тестирования в целях контекстуальной адаптации языковых и содержательных характеристик вопросника и подготовки его онлайн-версии; и 2) тестирование адаптированной версии вопросника путем проведения онлайн-опроса с участием 161 врача, работающего в структуре оказания медицинской помощи в рамках системы здравоохранения Каталонии.

**Результаты.** В новой версии было сохранено большинство вопросов оригинала. В ходе предварительного тестирования была продемонстрирована адекватность адаптированного вопросника с точки зрения его полноты, осмысленности, приемлемости, порядка следования тем и вопросов

и времени, требуемого для его заполнения. Показатель участия в опросе составил 33,8%; среди участников было больше врачей, представляющих сектор первичной медико-санитарной помощи, чем врачей из учреждений вторичной медико-санитарной помощи. Не было ни одного вопроса, на который у большого числа респондентов не нашлось ответов, а также вопросов, ответы на которые сильно расходились или были непредвиденными. Результаты также показали, что врачи сообщили о высоких уровнях координации клинической информации и согласованности медицинской помощи. В отличие от их ограниченного общего представления о координации между всеми уровнями помощи в области охраны здоровья, которые были проанализированы.

**Выводы.** Вопросник COORDENA, адаптированный для Каталонии, COORDENA-CAT, продемонстрировал свою эффективность в комплексной оценке клинической координации между уровнями медицинской помощи с точки зрения врачей первичного и вторичного звена. Этот инструмент может быть относительно легко адаптирован к условиям и использован для мониторинга, оценки и получения контрольных показателей по услугам здравоохранения как внутри стран, так и в сравнениях между ними, а также в качестве дополнения к другим источникам информации, в частности основанным на показателях или мнениях пациентов.

**Ключевые слова:** МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ, КООРДИНАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ МЕЖДУ РАЗНЫМИ УРОВНЯМИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, КООРДИНАЦИЯ КЛИНИЧЕСКОГО УПРАВЛЕНИЯ, КООРДИНАЦИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ИНФОРМАЦИИ, ОЦЕНКА УСЛУГ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ВОПРОСНИК

## ИСХОДНЫЕ ДАННЫЕ

Обеспечение координации медицинской помощи на разных уровнях ее оказания – крайне актуальная задача для систем здравоохранения во всем мире. Особенно это касается тех систем здравоохранения, где первичная медико-санитарная помощь выполняет роль основного посредника и координатора услуг для пациентов на протяжении всего континуума медицинского обслуживания. Стремительный технологический прогресс, растущая специализация и новые способы организации услуг приводят к тому, что для оказания помощи пациентам задействуется все большее число работников и услуг здравоохранения, что затрудняет координацию этих усилий. Эта проблема особенно сильно затрагивает пациентов с хроническими и множественными заболеваниями (1, 2). В подобной ситуации системы здравоохранения должны развивать модели медицинского обслуживания, предусматривающие тесное сотрудничество между разными уровнями медицинской помощи в целях улучшения преемственности и эффективности предоставляемых услуг, повышения качества оказания помощи и укрепления здоровья пациентов (2, 3). В системе здравоохранения одного из регионов Испании, Каталонии, как и в любой системе, основанной на первичной медико-санитарной помощи, эффективной деятельности способствуют следующие факторы: обмен информацией; живая коммуникация между разными уровнями системы оказания помощи; а также заключение соглашений между специалистами, участвующими в процессах клинического ведения пациентов, включая последующее наблюдение и обеспечение надлежащей доступности услуг на разных уровнях медицинской помощи. Несмотря на колоссальный рост числа публикаций по вопросу координации медицинских услуг, наблюдавшийся за последние 10 лет, между различными дисциплинами по-прежнему отсутствует консенсус по терминологии – например, по таким определениям, как первичная медико-санитарная помощь, психическое здоровье и контроль заболеваний (4, 5). Многие из терминов относятся к конкретным группам пациентов, условиям, переходным практикам или видам координации. В данном исследовании используется широкая концептуальная основа (6) и определение клинической координации, сформулированное Longest и Young (7): гармоничное соединение различных услуг здравоохранения, необходимых для предоставления медицинской помощи пациенту на протяжении всего континуума ее оказания в целях достижения общей задачи без каких-либо конфликтов. Согласно Reid et al (8), выделяются два разных, но взаимосвязанных вида клинической координации (9): первый – координация клинической информации, т. е. обмен

клинической информацией о пациенте в целях гармонизации действий поставщиков медицинских услуг – состоит в передаче информации и ее использовании; второй – координация клинического ведения больных, т. е. предоставление медицинской помощи на основе последовательных и взаимодополняющих действий различных поставщиков услуг на разных уровнях – состоит из согласованной медико-санитарной помощи, последующего наблюдения пациента и доступности помощи на разных уровнях системы здравоохранения. Под координацией медицинской помощи подразумевается координация медико-санитарных услуг, проанализировать которую можно, используя показатели оказания услуг, или при помощи качественных методов анализа мнений работников здравоохранения, таких как глубинные интервью, или количественных методов, таких как опросы (10). Для сравнения, понятие преемственности оказания помощи подразумевает то, как пациенты воспринимают координацию предоставленных им услуг, что можно проанализировать лишь с точки зрения самих пользователей (8).

Несмотря на признаваемую важность координации медицинской помощи между разными ее уровнями, лишь в очень немногих исследованиях используется комплексный подход, предусматривающий включение различных видов и аспектов координации, различных переходов между уровнями медицинской помощи и анализом общей популяции пациентов (11). В большинстве исследований, измерявших показатели координации медицинской помощи с точки зрения работников здравоохранения, изучались конкретные группы пациентов или виды координации медицинской помощи (12–14), проводилась оценка определенного механизма координации (15–17), или анализировалось конкретное звено оказания помощи – в основном первичная медико-санитарная помощь (18). В предыдущих исследованиях в Каталонии клиническая координация в системе медицинской помощи анализировалась на основе анализа восприятия пациентами преемственности между разными уровнями системы (19, 20) и измерения степени клинической координации в соответствии с показателями оказания услуг (9, 19). При этом лишь в немногих исследованиях изучались факторы, влияющие на клиническую координацию, или опыт врачей (21–23).

Исходя из имеющихся сведений (11, 24), существует лишь один комплексный инструмент для измерения клинической координации между уровнями медицинской помощи с точки зрения врачей – вопросник COORDENA, впервые разработанный и примененный в 2015 г. в шести странах Латинской Америки (25) и базирующийся на тех же

теоретических основах Vázquez et al (6). Он состоит из трех частей: а) опыт врачей в отношении координации клинической информации и клинического управления между разными уровнями медицинской помощи и общее восприятие врачами степени координации в их области здравоохранения; б) знание и применение врачами механизмов клинической координации между разными уровнями медицинской помощи; и в) факторы, потенциально влияющие на координацию медицинской помощи (см. по ссылке: [www.equity-la.eu](http://www.equity-la.eu)). Задача данного исследования заключалась в адаптации и валидации онлайн-версии вопросника COORDENA и используемого в нем метода для дальнейшего применения в анализе системы здравоохранения Каталонии.

## МЕТОДЫ

Вопросник COORDENA был адаптирован к специфике системы здравоохранения Каталонии в два этапа. На первом этапе вопросник был пересмотрен с точки зрения языковых и содержательных характеристик и скорректирован на основе обзора литературы, результатов предыдущих качественных исследований, встреч с экспертами и двух предварительных тестов. На втором этапе было проведено пробное тестирование онлайн-версии опросника (рис. 1).

### ЭТАП 1: АДАПТАЦИЯ СОДЕРЖАТЕЛЬНОЙ ЧАСТИ ВОПРОСНИКА

Чтобы адаптировать вопросник к специфике системы здравоохранения Каталонии<sup>1</sup> были проведены следующие процедуры: пересмотр и обновление содержательной части (анализ внешней или содержательной валидности) и языковых формулировок; и два предварительных теста.

#### ПЕРЕСМОТР СОДЕРЖАТЕЛЬНОЙ ЧАСТИ (АНАЛИЗ ВНЕШНЕЙ ИЛИ СОДЕРЖАТЕЛЬНОЙ ВАЛИДНОСТИ) И ЯЗЫКОВЫХ ФОРМУЛИРОВОК

Был проведен обзор литературы с целью выявления новых исследований, изучавших клиническую координацию

между разными уровнями медицинской помощи и связанные с ней факторы, в т. ч. факторы организации деятельности, взаимодействия и отношения к работе, а также доступные инструменты для измерения координации. Также в анализе учитывались результаты качественных исследований координации медицинской помощи, проведенных в Каталонии и на других территориях (21–23). Вопросник COORDENA был переведен на каталанский язык, терминология была адаптирована к культурному контексту системы здравоохранения Каталонии<sup>1,2</sup>, после чего вопросник был снова переведен на испанский язык. Были включены новые вопросы, связанные с механизмами координации, актуальными для системы здравоохранения Каталонии, а также дополнительные факторы, потенциально влияющие на координацию и важные в данном контексте, которые были определены в ходе обзора литературы. Были удалены некоторые вопросы, связанные с факторами влияния. Предварительный вариант вопросника был проанализирован на двух встречах группы экспертов в целях оценки внешней валидности, после чего был подготовлен первый проект для пилотного тестирования. В работе группы экспертов участвовали члены Группы по оценке интеграции здравоохранения (GAIA), состоящей из работников здравоохранения, участвующих в исследованиях или процессах оценки качества медицинских услуг и хорошо знающих данную тему и ее контекст, а также исследователи, разработавшие вопросник COORDENA.

#### ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ

Два предварительных теста проводились с целью оценки: во-первых, полноты, понимания, приемлемости, порядка следования тем и вопросов и продолжительности заполнения вопросника; и, во-вторых, технической стороны онлайн-опроса. Первый тест заключался в проведении очных когнитивных интервью с врачами первичной и вторичной (интенсивное лечение и долгосрочный уход) медико-санитарной помощи. Отбор врачей для участия проводился по следующим критериям: опыт работы в учреждении здравоохранения более одного года, непосредственная работа с пациентами, каждодневная практика включает контакты с врачами, представляющими другие

<sup>1</sup> В Испании децентрализованная национальная система здравоохранения. Вопросы здравоохранения являются сферой ведения 17 регионов (автономных сообществ). Следовательно, могут быть различия в том, как организованы и предоставляются медицинские услуги. Говоря об адаптации вопросника к специфике Каталонии, следует иметь в виду конкретные координационные механизмы, существующие в службах здравоохранения Каталонии, и организационные факторы.

<sup>2</sup> Вопросник был впервые разработан в шести странах Латинской Америки (Аргентина, Бразилия, Колумбия, Мексика, Уругвай и Чили). В каждой стране содержание вопросника было адаптировано к использованию языка. Культурная адаптация призвана обеспечить выбор подходящей терминологии или формулировок вопросов, что позволит передать содержание понятий, например: определить вид работы (первичная помощь и вторичная помощь), тип координационных механизмов (направление, ответные письма) и т. д.



уровни медицинской помощи, – например, через систему перенаправления пациентов. В первом предварительном тестировании приняли участие восемь врачей: три из звена первичной медико-санитарной помощи, два представителя звена вторичной медицинской помощи при неотложных состояниях и три – из звена вторичной медицинской помощи при хронических состояниях.

По результатам первого тестирования в вопросник были внесены изменения, после чего были разработаны его онлайн-версии на каталанском и испанском языках. Онлайн-версия сначала была протестирована семью участниками исследовательской группы, а затем шестью врачами, представлявшими систему первичной (три врача) и вторичной (три врача) медико-санитарной помощи в трех районах – Баш-Эмпорда, Осона и Альт-Эмпорда. После тестирования онлайн-опрос был соответствующим образом доработан.

## ЭТАП 2: ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Пилотное исследование проводилось с целью тестирования адаптированной версии вопросника – COORDENA-CAT – и проверки функционирования онлайн-опроса в реальных условиях.

### ТЕРРИТОРИЯ ПРОВЕДЕНИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследовании приняли участия учреждения системы здравоохранения Каталонии, расположенные в южном пригороде Барселоны: 19 бригад первичной медико-санитарной помощи в учреждении Servei d'atenció primària Delta del Llobregat; одна больница интенсивного лечения, Hospital de Viladecans; и одна больница долгосрочного ухода, Hestia Duran i Reynals. Бригады первичной медико-санитарной помощи и больница интенсивного лечения находились в ведении одного государственного учреждения – Institut Català de la Salut, а больница долгосрочного ухода находилась в ведении частной группы, Hestia Alliance.

### ПОПУЛЯЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

Популяция исследования состояла из врачей медико-санитарной помощи первого звена и врачей второго звена (интенсивного лечения и долгосрочного ухода), работавших в учреждении как минимум один год, непосредственно контактировавших с пациентами и в рамках своей обычной деятельности взаимодействовавших с врачами, представляющими другие уровни медицинской помощи, – например, через систему перенаправления пациентов.

### ПРОЦЕСС СБОРА ДАННЫХ

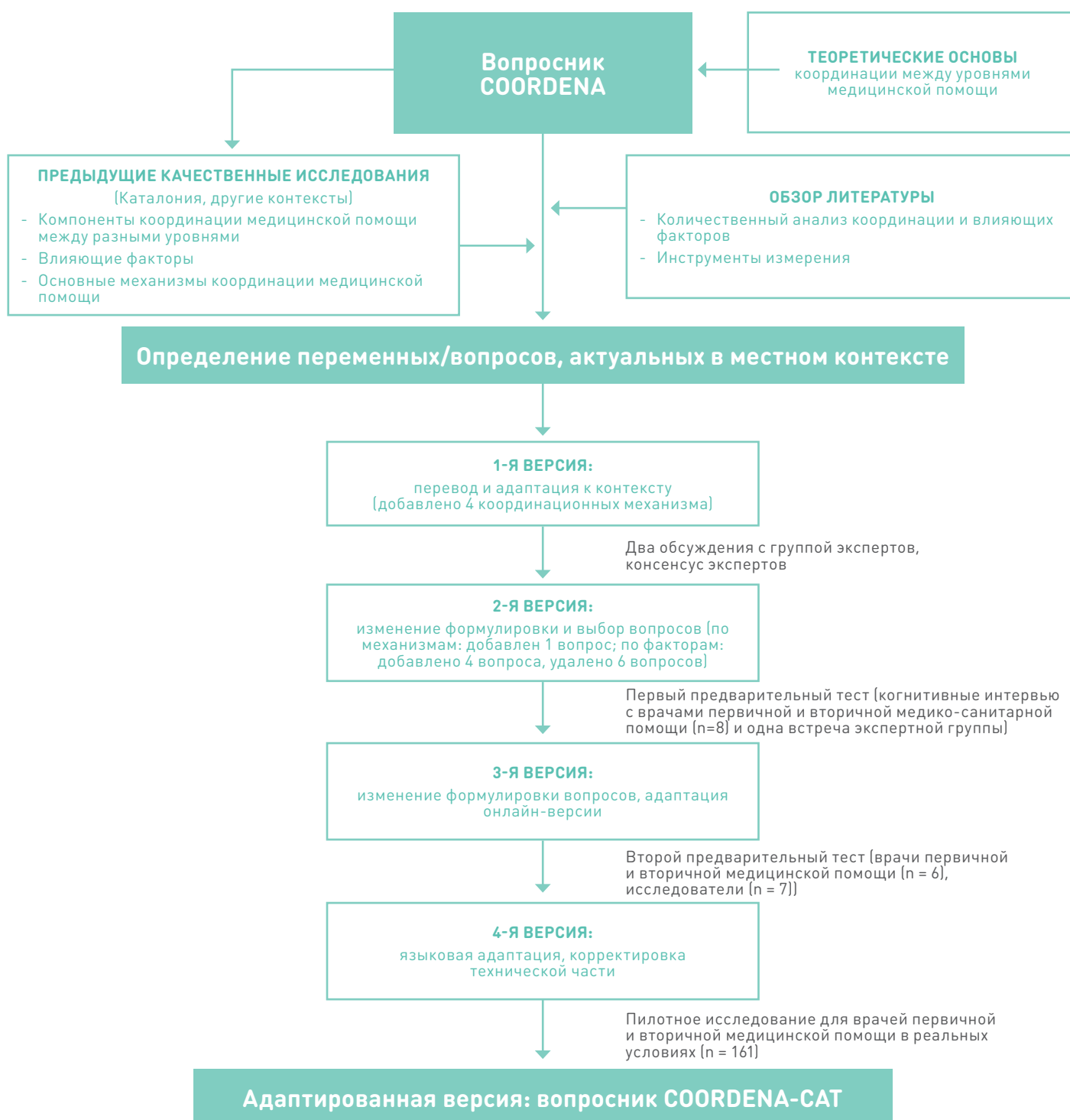
Планировалось, что процесс сбора данных займет две недели. В первый день исследования каждый поставщик медицинских услуг направил всем врачам, работавшим в соответствующих учреждениях, письмо по электронной почте, содержащее личное приглашение к участию в опросе и ссылку на онлайн-вопросник. Каждая ссылка генерировалась случайным образом и была уникальна, что позволило врачам участвовать в исследовании анонимно. Врачи могли заполнить вопросник в удобное им время, продолжая заполнение с того места, где они остановились в прошлый раз, поскольку все предыдущие ответы сохранялись автоматически. Все ответы автоматически поступали в базу данных в программе Excel, доступ к которой был только у координатора. Через неделю всем приглашенным врачам было направлено второе письмо с просьбой принять участие в опросе или, если они уже прошли опрос, с благодарностью за участие.

### СТРАТЕГИИ СТИМУЛИРОВАНИЯ УЧАСТИЯ

Перед проведением опроса и во время исследования применялись различные стратегии активизации участия.

- **Информационные встречи** с менеджерами участвующих медицинских учреждений, проведенные за две недели до начала пилотного опроса с целью рассказать о проекте, разъяснить его методологию и стимулировать участие.
- **Плакаты.** Был разработан плакат, разъясняющий задачу проекта и онлайн-процедуру, в котором подчеркивалась важность участия для самих врачей, которым предоставляется возможность высказать свое мнение, помочь составить реалистичное описание координации медицинской помощи в их учреждении и определить области, требующие улучшений. За неделю до начала опроса плакаты были размещены в местах, часто посещаемых врачами, – комнатах для встреч, библиотеках и столовых медицинских учреждений.
- **Новости о проекте в интранете.** Краткая статья с описанием проекта была опубликована в корпоративной интранет-сети каждого участвующего учреждения за неделю до начала опроса.
- **Отслеживание участия.** В течение двух недель проведения опроса координатор отслеживал показатели участия по каждому медицинскому учреждению. В тех учреждениях первичной медико-санитарной помощи, где наблюдался низкий уровень участия, были

РИСУНОК 1. ПРОЦЕСС АДАПТАЦИИ ВОПРОСНИКА COORDENA К СПЕЦИФИКЕ СИСТЕМЫ КАТАЛОНИИ



приняты стимулирующие меры, такие как рассылка дополнительных напоминаний по электронной почте.

### АНАЛИЗ ДАННЫХ

Для оценки способа проведения опроса были проанализированы следующие переменные (как в целом, так и по каждому уровню системы медицинской

помощи) – количество ответов в день, показатели обращения к вопроснику, общий показатель ответивших и доля врачей, полностью заполнивших вопросник. Для оценки качества опросника COORDENA-CAT сначала был проведен одномерный описательный анализ, что позволило выявить вопросы, ответы на которые не были даны, или вопросы, ответы на которые сильно расходились или были

непредвиденными. Затем был проведен корреляционный анализ вопросов по той же модели, с тем чтобы отобрать вопросы, которые не несут дополнительную ценность. И наконец, был проанализирован открытый вопрос о каких-либо трудностях с заполнением вопросника. Все виды анализа были проведены в программе Excel.

## ЭТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ

Данное исследование было одобрено комитетом по этике консорциума Parc de Salut Mar и больницы Bellvitge. Участие в опросе было добровольным. Прежде чем получить доступ к опросу, все участники прочитали условия, дали информированное согласие и были осведомлены о том, что могут в любой момент отказаться от участия. Исследователи не имели доступа к каким-либо персональным данным участвовавших в опросе врачей. Анонимность участия гарантировалась путем присвоения каждому участнику сгенерированного случайным образом кодового номера, отсутствием требования указать свое имя и проведением совокупного анализа данных.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

### АДАПТАЦИЯ ВОПРОСНИКА

Что касается содержательной части вопросника, после проведения обзора литературы и дискуссии с достижением консенсуса в группе экспертов в вопросник были внесены наиболее важные изменения, касавшиеся добавления вопросов о существующих механизмах клинической координации в системе медицинских услуг системы здравоохранения Каталонии. Помимо этого, в зависимости от их актуальности в местном контексте, были удалены некоторые вопросы, связанные с возможными сопутствующими факторами; ряд других вопросов был переформулирован для большего соответствия контексту, плюс были добавлены новые вопросы (рис. 1). Что касается внешней или содержательной валидности, группа экспертов пришла к выводу, что оба вида клинической координации между разными уровнями медицинской помощи – координация информации и клинического управления, а также их параметры и характеристики – были адекватно представлены в вопроснике. Кроме того, в вопросник были включены все существующие механизмы координации медицинской помощи между разными уровнями и факторы, потенциально влияющие на координацию.

Первый предварительный тест показал относительно хороший уровень понимания вопросов, адекватный порядок следования тем и вопросов и приемлемую

продолжительность заполнения вопросника – приблизительно 15 минут. При этом была выявлена необходимость корректировки вопросника в части изменения формулировки некоторых вопросов для облегчения их понимания (например, вопросов о единой базе клинической истории болезни на данной территории); упрощения вопросов через объединение двух вопросов в один; добавления категорий ответа; и уточнения инструкций для некоторых разделов. Второй предварительный тест адаптированной онлайн-версии опроса продемонстрировал более высокий уровень понимания вопросов в их новой формулировке и выявил несколько дополнительных компонентов, требовавших корректировки: информация в форме выражения согласия; структура оформления опроса; технические моменты, такие как отсутствие фильтров и индикатора заполнения; а также орфографические ошибки (рис. 1).

Заключительная версия вопросника COORDENA-CAT состоит из семи разделов (вставка 1) и во многом повторяет оригинальную версию. Изменения содержательной части коснулись разделов 3, 4, 5 и 7. В раздел 3 был добавлен вопрос о совместном составлении врачами плана оказания медицинской помощи пациенту. Разделы 4 и 5 предназначены для сбора информации о знаниях врачей и применении ими механизмов клинической координации между разными уровнями медицинской помощи. В раздел 4 был добавлен вопрос о субъективной пользе существующих механизмов, а также четыре дополнительных механизма: единая база клинической истории болезни в Каталонии, единая база клинической истории болезни в сети учреждений, виртуальные консультации по клинической истории болезни и функции специалистов по ведению случаев. В раздел 5 были добавлены два механизма: единая база клинической информации и виртуальные консультации по клинической информации. В разделе 7 теперь сгруппированы все вопросы по факторам, потенциально влияющим на клиническую координацию, которые в оригинальной версии находились в разных разделах. Помимо этого, в этом разделе также были добавлены и удалены некоторые вопросы по следующим темам: организационные факторы – добавлены два вопроса, удалены два вопроса; факторы взаимодействия – добавлены два вопроса, удален один вопрос; отношение к работе – удалены два вопроса; факторы трудоустройства – удален один вопрос. Вопросы, нацеленные на сбор демографической информации, изменены не были.

## ВСТАВКА 1. СОДЕРЖАНИЕ ВОПРОСНИКА COORDENA-CAT<sup>1</sup>

1. Заявление о выражении согласия
2. Общая информация: опыт работы в медицинском учреждении
  - Уровень и тип медико-санитарной помощи
3. Опыт координации между уровнями медицинской помощи (16 пунктов)
  - Координация клинической информации (обмен, использование и необходимость информации)
  - Координация клинического управления
  - Согласованность медицинской помощи: в контексте лечения, диагностических процедур и совместных планов лечения<sup>2</sup>
  - Последующее наблюдение между уровнями медицинской помощи: перенаправление (в т. ч. обратное), рекомендации и консультации
  - Доступность помощи между уровнями: время ожидания при перенаправлении (в т. ч. обратном)
  - Восприятие координации между уровнями медицинской помощи
4. Механизмы координации между уровнями медицинской помощи в учреждении

Осведомленность, частота использования и мнение о пользе следующих механизмов<sup>2</sup>:

единая база клинической истории болезни в Каталонии – НСЗ<sup>3</sup>, единая база клинической истории болезни в учреждении<sup>3</sup>, совместные клинические сессии, виртуальные консультации через базу клинической истории болезни<sup>3</sup>, электронная почта, телефон, отчет о перенаправлении, отчет о госпитализации, совместные протоколы/клинические указания, специалисты по ведению случаев/медсестры-координаторы<sup>3</sup>

5. Характеристики использования механизмов координации между уровнями медицинской помощи
  - Доступная информация, сложности, причины использования (единая база клинической истории болезни<sup>3</sup>, совместные клинические сессии, виртуальные консультации через базу клинической истории болезни<sup>3</sup>, электронная почта, телефон)
6. Предложения по улучшению клинической координации между уровнями медицинской помощи
7. Факторы, связанные с координацией между уровнями медицинской помощи
  - Организационные<sup>4</sup>, отношение к работе<sup>5</sup>, взаимодействие<sup>6</sup>, условия работы<sup>7</sup>, демографические

<sup>1</sup> Вопросник доступен по ссылке: ([http://www.consorci.org/coneixement/es\\_cataleg-de-publicacions/164/questionari-coordena-cat](http://www.consorci.org/coneixement/es_cataleg-de-publicacions/164/questionari-coordena-cat)).

<sup>2</sup> Добавленный вопрос.

<sup>3</sup> Добавленные механизмы координации.

<sup>4</sup> Два вопроса добавлены и два удалены.

<sup>5</sup> Два вопроса удалены.

<sup>6</sup> Два вопроса добавлены и один удален, <sup>7</sup> один вопрос удален.

## ОЦЕНКА МЕТОДА ПРИМЕНЕНИЯ И ВОПРОСНИКА

### ОЦЕНКА МЕТОДА ПРИМЕНЕНИЯ

На протяжении всего периода проведения опроса участие было нерегулярным, однако коэффициент участия повысился после рассылки врачам соответствующих напоминаний. В первые три дня ссылкой доступа к опросу воспользовались 36,4% участвующих в исследовании врачей, а затем, после рассылки первого и второго напоминаний, этот показатель возрос до 71,6% и 88,6% соответственно. Среди врачей первичной и вторичной медико-санитарной помощи прослеживались аналогичные тенденции, с более высоким коэффициентом у врачей первичного звена. Что касается доли ответивших, приглашение к участию в опросе получили все врачи участвующих медицинских учреждений, из них воспользовались ссылкой доступа 36,9% и согласились участвовать 33,8% (табл. 1). Лишь два врача указали причину отказа – несоответствие критериям участия в опросе. Из врачей, согласившихся на участие, 83,9% полностью заполнили вопросник. Были зафиксированы различные показатели участия на разных уровнях медицинской помощи: доля приглашенных врачей первичной медико-санитарной помощи, принявших участие в опросе, составила 40,7% и была гораздо выше, чем среди приглашенных врачей вторичной медико-санитарной помощи, 19,0%, однако доля заполнивших вопросник была высокой в обеих группах 81,1% и 96,6% соответственно (табл. 1).

### ОЦЕНКА ВОПРОСНИКА

#### Характеристики выборки

Большинство участников, 70,4%, были женского пола. Почти половина выборки, 45,4%, были в возрасте от 41 до 54 лет, большинство участников, 88,0%, родились в Испании. В опросе приняли участие преимущественно врачи первичной медико-санитарной помощи, 82,0%; большинство участников, 63,8%, работали в одном учреждении более 16 лет; большинство участников, 71,9%, имели постоянный договор (табл. 2).

#### Описательный анализ вопросов

Не было ни одного вопроса, на который у большого числа респондентов не нашлось ответов, а также вопросов, ответы на которые сильно расходились или были непредвиденными (табл. 3). Кроме того, ответы в целом соответствовали теоретическим ожиданиям. Что касается координации клинической информации между разными уровнями,

ТАБЛИЦА 1. УЧАСТИЕ ВРАЧЕЙ В ОПРОСЕ С РАЗБИВКОЙ ПО УРОВНЯМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

	Приглашенные врачи	Врачи, обратившиеся к вопроснику*		Врачи, согласившиеся участвовать*		Врачи, полностью заполнившие вопросник**	
	N	N	%	N	%	N	%
Первичное звено	324	140	43,2	132	40,7	107	81,1
Вторичное звено	153	36	23,5	29	19,0	28	96,6
Больница/отделение скорой медицинской помощи	145	29	20,0	23	15,9	22	95,7
Стационарное отделение	8	7	87,5	6	75	6	100
Всего	477	176	36,9	161	33,8	135	83,9

\* Рассчитано по количеству приглашенных врачей

\*\* Рассчитано по количеству врачей, согласившихся принять участие

ТАБЛИЦА 2. ХАРАКТЕРИСТИКИ ВЫБОРКИ

Переменная		n	%
Пол (n=161)	Женщины	95	59,0
	Мужчины	40	24,8
	Не указано	26	16,1
Возраст (n=161)	30–40 лет	27	16,8
	41–54 года	59	36,6
	54–65 лет	44	27,3
	Не указано	31	19,3
Страна рождения (n=161)	Испания	117	72,7
	Другая страна	16	9,9
	Не указано	28	17,4
Уровень медико-санитарной помощи (n=161)	Первичное звено	132	82,0
	Вторичное звено (ВЗ)	29	18,0
	- ВЗ – интенсивное лечение	23	14,3
	- ВЗ – долгосрочный уход	6	3,7
Опыт работы в учреждении (n=161)	< 6 лет	13	8,1
	6–15 лет	34	21,1
	16–25 лет	41	25,5
	> 25 лет	42	26,1
	Не указано	31	19,3
Тип договора (n=161)	Постоянный	130	80,7
	Временный	5	3,1
	Не указано	26	16,1



большинство врачей сообщили, что: они обычно делятся информацией об общих для них пациентах, 64,0%; эта информация важна для предоставления услуг этим пациентам, 66,9%; они пользуются этой информацией, 81,5%. В отношении координации клинического управления между разными уровнями и последовательности в предоставлении услуг большинство врачей отметили, что обычно соглашаются с рекомендациями по лечению, сделанными врачами другого уровня, 72,8%; и считают случаи наличия противопоказаний и/или дублирования в предписанном лечении редкими, 59,3%, равно как и случаи повторов диагностических процедур, уже выполненных на другом уровне медицинской помощи, 66,7%. Однако большинство врачей, 86,0%, сообщили, что редко составляют план лечения совместно с другими врачами для пациентов, которым это необходимо. Что касается последующего наблюдения за пациентами на разных уровнях медицинской помощи, большинство врачей, 90,8%, отметили, что перенаправления от врачей первичной медико-санитарной помощи к врачам вторичной медико-санитарной помощи в целом осуществлялись корректно, как и обратные перенаправления от врачей вторичной помощи, 79,1%. При этом в отношении последующего наблюдения и доступа к услугам наблюдались определенные различия, связанные с уровнями медицинской помощи (табл. 3). Отвечая на вопрос об общем восприятии клинической координации между разными уровнями оказания помощи, большинство врачей, 77,6%, отметили, что процесс оказания медицинской помощи на их территории не является скоординированным, с небольшими различиями в показателях у врачей первичной и вторичной медико-санитарной помощи (табл. 3).

### Анализ корреляций

Корреляционный анализ вопросов, обращенных к одной модели, или аспекту, не выявил тесно связанных вопросов. Это означает, что все представленные вопросы несут дополнительную ценность, что подтверждает целесообразность их независимого анализа.

### Трудности с заполнением вопросника

Анализ открытого вопроса о возможных трудностях, с которыми респонденты могли столкнуться при заполнении вопросника, не выявил каких-либо значительных трудностей. Из 96 врачей, выразивших свое мнение по этому вопросу, половина, 51,0%, сообщила об отсутствии каких-либо трудностей. Среди полученных ответов о наблюдавшихся трудностях чаще всего упоминались проблемы, связанные с нехваткой времени и объемом

вопросника, 12,4%, далее следовали комментарии о желании уточнить некоторые ответы, для чего в вопроснике не было отведено места, 5,0%.

## ОБСУЖДЕНИЕ

Несмотря на то, что координация медицинской помощи относится к числу приоритетных вопросов в политике систем здравоохранения всего мира, по имеющейся информации, вопросник COORDENA является первым инструментом комплексной оценки координации медицинской помощи на разных уровнях, учитывающим различные виды и масштабы координации, переходы между уровнями и восприятия врачей первичной и вторичной медико-санитарной помощи, включая целый ряд специальностей. Он позволяет изучить мнения одной из *основных* действующих сторон этого процесса – врачей – и может успешно дополнить другие источники информации, в частности основанные на показателях и мнениях пациентов. Онлайн-версия опроса была разработана и протестирована в системе здравоохранения Каталонии на основе систематического процесса и в рамках концептуальных основ, определявших характер работ на всех этапах исследования. Вопросник – действенный инструмент и метод оценки клинической координации на разных уровнях медицинской помощи, который, при его систематическом применении в системе здравоохранения, позволит: определять и решать проблемы координации медицинской помощи на разных уровнях и учитывать влияющие на них факторы; получать контрольные показатели по разным областям; а также собирать информацию, которая поможет разрабатывать программы вмешательства для улучшения ситуации. Кроме того, изменения содержательной части вопросника были минимальными по сравнению с оригинальной версией (25) и были в основном связаны с добавлением вопросов по механизмам клинической координации и факторам влияния, актуальным для существующей системы здравоохранения. Это говорит о возможности проведения сравнений между странами для анализа достижений и определения контекстуальных факторов, объясняющих разные результаты и требующих соответствующих мер реагирования.

Онлайн-опросы – более быстрый, легкий в реализации и менее затратный метод по сравнению с личными опросами; однако коэффициент участия в них обычно ниже, особенно среди врачей (26). И хотя показатели участия в опросе COORDENA, проведенном на основе личных интервью в медицинских учреждениях стран Латинской Америки, были существенно выше, порядка 90% (10), коэффициент

ТАБЛИЦА 3. ОПЫТ В ОТНОШЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ КЛИНИЧЕСКОЙ КООРДИНАЦИИ И ОБЩЕЕ ВОСПРИЯТИЕ КООРДИНАЦИИ

		Уровень здравоохранения			
		Первичное звено	Вторичное звено	Всего	
		N=132	N=29	N=161	
		n (%)	n (%)	n (%)	
<b>Опыт клинической координации</b>					
Координация клинической информации	<b>Перенос и использование клинической информации между уровнями</b>				
	Врачи первичной и вторичной медико-санитарной помощи делятся информацией о лечении общих пациентов (диагностика, дополнительные анализы, лечение) (n=136)	Часто*	71 (65,1)	16 (59,3)	87 (64)
		Редко**	38 (34,9)	11 (40,7)	49 (36)
		Не знаю / Нет ответа	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	Информация, которой мы делимся, необходима для лечения этих пациентов (n=136)	Часто	72 (66,1)	19 (70,4)	91 (66,9)
		Редко	37 (33,9)	6 (22,2)	43 (31,6)
		Не знаю / Нет ответа	0 (0)	2 (7,4)	2 (1,5)
	Врачи первичной и вторичной медико-санитарной помощи используют информацию, которой мы делимся (n=135)	Часто	88 (81,5)	22 (81,5)	110 (81,5)
		Редко	18 (16,7)	3 (11,1)	21 (15,6)
		Не знаю / Нет ответа	2 (1,9)	2 (7,4)	4 (3)
Координация клинического управления	<b>Согласованность медицинской помощи между уровнями</b>				
	Мы соглашаемся с лечением или рекомендациями, предписанными пациентам врачами другого уровня (n=136)	Часто	79 (72,5)	20 (74,1)	99 (72,8)
		Редко	27 (24,8)	6 (22,2)	33 (24,3)
		Не знаю / Нет ответа	3 (2,8)	1 (3,7)	4 (2,9)
	В рекомендациях по лечению, сделанных врачами первичной и вторичной медико-санитарной помощи, обнаруживаются противопоказания и/или дублирование (n=135)	Часто	43 (39,8)	9 (33,3)	52 (38,5)
		Редко	63 (58,3)	17 (63)	80 (59,3)
		Не знаю / Нет ответа	2 (1,9)	1 (3,7)	3 (2,2)
	Врачи первичной и вторичной медико-санитарной помощи составляют совместный план лечения для пациентов, которым это необходимо (n=136)	Часто	13 (11,9)	5 (18,5)	18 (13,2)
		Редко	96 (88,1)	21 (77,8)	117 (86)
		Не знаю / Нет ответа	0 (0)	1 (3,7)	1 (0,7)
	Мы повторяем диагностические процедуры, уже проведенные врачами другого уровня (анализы, визуализация) (n=135)	Часто	33 (30,6)	10 (37)	43 (31,9)
		Редко	74 (68,5)	16 (59,3)	90 (66,7)
		Не знаю / Нет ответа	1 (0,9)	1 (3,7)	2 (1,5)
	<b>Адекватное последующее наблюдение между уровнями медицинской помощи</b>				
	Врачи первичной медико-санитарной помощи перенаправляют пациентов в учреждения вторичной помощи, когда это необходимо (n=152)	Часто	120 (97,6)	18 (62,1)	138 (90,8)
		Редко	1 (0,8)	9 (31)	10 (6,6)
		Не знаю / Нет ответа	2 (1,6)	2 (6,9)	4 (2,6)
	Врачи вторичной медико-санитарной помощи перенаправляют пациентов обратно в учреждения первичной помощи для последующего наблюдения, когда это необходимо (n=153)	Часто	101 (81,5)	20 (69)	121 (79,1)
		Редко	23 (18,5)	5 (17,2)	28 (18,3)
		Не знаю / Нет ответа	0 (0)	4 (13,8)	4 (2,6)
Врачи вторичной медико-санитарной помощи дают рекомендации врачам первичной помощи в отношении последующего наблюдения (диагностика, лечение, другие указания) (n=153)	Часто	51 (41,1)	17 (58,6)	68 (44,4)	
	Редко	73 (58,9)	10 (34,5)	83 (54,2)	
	Не знаю / Нет ответа	0 (0)	2 (6,9)	2 (1,3)	
Врачи первичной медико-санитарной помощи консультируются с врачами вторичной помощи для разрешения сомнений в отношении последующего наблюдения (n=153)	Часто	61 (49,2)	8 (27,6)	69 (45,1)	
	Редко	61 (49,2)	17 (58,6)	78 (51)	
	Не знаю / Нет ответа	2 (1,6)	4 (13,8)	6 (3,9)	

			Уровень здравоохранения			
			Первичное звено	Вторичное звено	Всего	
			N=132	N=29	N=161	
			n (%)	n (%)	n (%)	
<b>Опыт клинической координации</b>						
Координация клинического управления	Врачей первичной медико-санитарной помощи информируют о выписке их пациентов из больницы (n=150)	Часто	72 (59)	8 (28,6)	80 (53,3)	
		Редко	47 (38,5)	12 (42,9)	59 (39,3)	
		Не знаю / Нет ответа	3 (2,5)	8 (28,6)	11 (7,3)	
	<b>Доступность медицинской помощи между разными уровнями</b>					
	При стандартном перенаправлении в учреждения вторичной медико-санитарной помощи пациенту приходится долго ждать осмотра (n=152)	Часто	124 (100)	20 (71,4)	144 (94,7)	
		Редко	0 (0)	6 (21,4)	6 (3,9)	
		Не знаю / Нет ответа	0 (0)	2 (7,1)	2 (1,3)	
	При срочном перенаправлении в учреждения вторичной медико-санитарной помощи пациенту приходится долго ждать осмотра (n=152)	Часто	106 (85,5)	10 (35,7)	116 (76,3)	
		Редко	18 (14,5)	15 (53,6)	33 (21,7)	
		Не знаю / Нет ответа	0 (0)	3 (10,7)	3 (2)	
	При перенаправлении обратно в учреждения первичной медико-санитарной помощи пациенту приходится долго ждать осмотра (n=150)	Часто	42 (34,1)	5 (18,5)	47 (31,3)	
		Редко	81 (65,9)	6 (22,2)	87 (58)	
Не знаю / Нет ответа		0 (0)	16 (59,3)	16 (10,7)		
<b>Общее восприятие координации медицинской помощи на данной территории</b>						
	Я считаю, что на данной территории обеспечивается координация процесса оказания медицинской помощи пациентам между врачами первичной и вторичной медико-санитарной помощи (n=152)	Часто	25 (20,2)	5 (17,9)	30 (19,7)	
		Редко	98 (79)	20 (71,4)	118 (77,6)	
		Не знаю / Нет ответа	1 (0,8)	3 (10,7)	4 (2,6)	
* Часто: всегда / очень часто						
** Редко: редко / никогда						

участия в данном исследовании, 33,8%, аналогичен соответствующему показателю в другом онлайн-исследовании среди врачей первичной медико-санитарной помощи в Мадриде, 39,4% (26), что выше, чем в других опросах (27). Были зафиксированы существенные различия в показателях участия врачей первичной медико-санитарной помощи, 40,7%, и врачей отделений скорой помощи вторичного звена, 15,9%, что, вероятнее всего, связано с различной степенью активности их руководящих групп. Руководство на уровне первичной медико-санитарной помощи активно участвовало в исследовании и рассылало дополнительные сообщения по электронной почте в учреждения, демонстрировавшие низкие показатели участия. Однако в больнице были разосланы лишь стандартные напоминания, без каких-либо дальнейших действий. В ходе обсуждения результатов предварительного опроса с представителями руководства первичного и вторичного звена медико-санитарной помощи были высказаны следующие предложения по повышению коэффициента участия: во-первых, необходимо обеспечить более активное участие руководящих специалистов всех уровней и, во-вторых, следует

запланировать больше личных встреч в участвующих в исследовании учреждениях – также на всех уровнях.

Что касается содержательной части, полученные результаты, демонстрирующие опыт клинической координации среди врачей, в целом соответствовали ожиданиям. Например, относительно высокий уровень обмена информацией может быть связан с мерами внедрения механизмов координации информации, таких как единая система электронных медицинских карт или виртуальные консультации (28). Что касается координации клинического управления между разными уровнями медицинской помощи, в целом врачи отмечали, что такая координация осуществляется на частой основе, за двумя исключениями: совместное составление планов лечения пациентов и доступность услуг между уровнями, оба из которых соответствуют текущей практике и существующим показателям (29). Однако это лишь описательные результаты; необходимо дальнейшее исследование опыта и мнений, в котором учитывались бы потенциальные факторы влияния, такие как уровень медико-санитарной помощи.

Одним из наиболее важных результатов исследования можно назвать контраст между в целом положительным опытом врачей в отношении большинства аспектов клинической информации и клинического управления между уровнями медицинской помощи и их общим восприятием координации между уровнями в их областях здравоохранения. Это можно объяснить несколькими возможными причинами, однако наиболее важный вывод заключался в необходимости добавления дополнительно открытого вопроса «Почему?» после пункта о восприятии координации в заключительной версии вопросника.

## ВЫВОДЫ

В заключение следует отметить, что адаптированный вопросник COORDENA-CAT продемонстрировал свою эффективность в комплексной оценке клинической координации между уровнями медицинской помощи в Каталонии с точки зрения врачей первичной и вторичной медико-санитарной помощи. Он может применяться поставщиками услуг и руководством здравоохранения для: выявления проблем с координацией между разными уровнями медицинской помощи в конкретной области системы здравоохранения; использования в качестве инструмента для сбора контрольных показателей между уровнями; и систематического мониторинга эффективности клинической координации деятельности медицинских учреждений между уровнями помощи для выявления проблем и принятия мер реагирования. Полученные результаты могут служить дополнением к другим источникам информации, в частности основанным на показателях или мнениях пациентов. В адаптированном опроснике сохранено большинство содержательных компонентов оригинальной версии, поэтому он может быть использован для проведения сравнительных исследований между странами. Процесс адаптации вопросника был относительно легким, однако по результатам его применения в других контекстах можно сделать несколько рекомендаций. Во-первых, необходимо адаптировать вопросник с точки зрения языка и содержания, для чего полезно сделать предварительный анализ существующих механизмов координации между уровнями медицинской помощи в медицинских учреждениях / системе здравоохранения. Во-вторых, для повышения коэффициента участия рекомендуется привлечь руководящие группы участвующих учреждений и провести ряд личных встреч, чтобы мотивировать к участию врачей – особенно тех, кто работает в больницах интенсивного лечения. И наконец, результаты исследования необходимо распространить

в виде обратной связи среди работников здравоохранения, чтобы вовлечь их в процессы выявления проблем и, что еще более важно, поиска соответствующих решений.

**Выражение признательности:** авторы благодарят всех врачей, принявших участие в исследовании, за уделенное проекту время и предоставленные мнения. Мы высоко оцениваем помощь, оказанную проекту следующими специалистами, совместно с группой Grup d'Avaluació de la Integració Assistencial (GAIA): Lluís Colomé (Grup SAGESSA), Francesc Cots (Parc de Salut Mar), Mercè Abizanda (Parc Sanitari Pere Virgili), Jordi Coderch (Serveis Salut Integrats Baix Empordà), Elena Medarde (Consorti Sanitari de Terrassa), Marta Banquet (Consorti Sanitari de l'Anoia) и Marta Aller, Laura Esteve, Laia Ollé, Marianna Vitaloni и Andrea Miranda (Consorti de Salut i Social de Catalunya). Также благодарим за сотрудничество и поддержку в осуществлении исследования сотрудников Institut Català de la Salut, в особенности Montserrat Oliveras, Meritxell Herreros, Lluís Esteve, Nacho Nieto, Montserrat Figuerola, Encarna Grifell, Jordi Trelis, Nuria Martínez, Clara Pareja, Esmeralda Martínez Morales, Maria Trinidad Fernández Romero и Cristina Moragas Rovira.

**Источники финансирования:** данное исследование было проведено при частичной финансовой поддержке со стороны Instituto Carlos III и Европейского фонда регионального развития (PI15/00021). Финансирующие организации не принимали участия в разработке дизайна и проведении исследования, равно как и в написании данной работы.

**Конфликт интересов:** не заявлен.

**Ограничение ответственности:** авторы несут самостоятельную ответственность за мнения, выраженные в данной публикации, которые необязательно представляют решения или политику Всемирной организации здравоохранения.

## БИБЛИОГРАФИЯ<sup>3</sup>

1. Nolte E, Knai C, editors. Assessing chronic disease management in European health systems: country reports. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/studies/assessing-chronic-disease-management-in-european-health-systems-country-reports-2015>).

<sup>3</sup> Все ссылки предоставлены по состоянию на 8 декабря 2018 г.

2. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad; 2012 ([https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA\\_ABORDAJE\\_CRONICIDAD.pdf](https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf)).
3. Øvretveit J. Does clinical coordination improve quality and save money? London: The Health Foundation; 2011 ([https://www.health.org.uk/sites/health/files/DoesClinicalCoordinationImproveQualityAndSaveMoneyVol2\\_fullversion.pdf](https://www.health.org.uk/sites/health/files/DoesClinicalCoordinationImproveQualityAndSaveMoneyVol2_fullversion.pdf)).
4. Schultz E, McDonald KM. What is care coordination? *International Journal of Care Coordination*. 2014;17(1-2):5-24. doi: 10.1177/2053435414540615.
5. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *British Medical Journal*. 2003;327(7425):1219-21. doi: 10.1136/bmj.327.7425.1219.
6. Vazquez ML, Vargas I, Unger JP, De Paepe P, Mogollon-Perez AS, Samico I, et al. Evaluating the effectiveness of care integration strategies in different healthcare systems in Latin America: the EQUITY-LA II quasi-experimental study protocol. *BMJ Open*. 2015;5(7):e007037. doi:10.1136/bmjopen-2014-007037.
7. Longest BB, Young, G. Coordination and communication. In: Delmar, editor. *Health Care Management*. New York; 2000:210–43.
8. Reid R, Haggerty J, McKendry R. *Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare*. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 2002.
9. Aller MB, Vargas I, Coderch J, Calero S, Cots F, Abizanda M, et al. Development and testing of indicators to measure coordination of clinical information and management across levels of care. *BMC Health Serv Res*. 2015;15:323. doi:10.1186/s12913-015-0968-z.
10. Vazquez ML, Vargas I, Unger JP, Mogollon A, Silva MR, Paepe P. Integrated health care networks in Latin America: toward a conceptual framework for analysis. *Rev Panam Salud Publica*. 2009;26(4):360-7.
11. Schultz EM, Pineda N, Lonhart J, Davies SM, McDonald KM. A systematic review of the care coordination measurement landscape. *BMC Health Serv Res*. 2013;13:119. doi:10.1186/1472-6963-13-119.
12. Lo C, Teede H, Ilic D, Russell G, Murphy K, Usherwood T, et al. Identifying health service barriers in the management of comorbid diabetes and chronic kidney disease in primary care: a mixed-methods exploration. *Fam Pract*. 2016;33(5):492-7. doi:10.1093/fampra/cmw041.
13. Puchner R, Edlinger M, Mur E, Eberl G, Herold M, Kufner P, et al. Interface Management between General Practitioners and Rheumatologists – Results of a Survey Defining a Concept for Future Joint Recommendations. *PLoS One*. 2016;11(1):e0146149. doi:10.1371/journal.pone.0146149.
14. Shen MJ, Binz-Scharf M, D'Agostino T, Blakeney N, Weiss E, Michaels M, et al. A mixed-methods examination of communication between oncologists and primary care providers among primary care physicians in underserved communities. *Cancer*. 2015;121(6):908-15. doi:10.1002/cncr.29131.
15. Heidemann L, Petrilli C, Gupta A, Campbell I, Thompson M, Cinti S, et al. Improving Interdisciplinary Provider Communication Through a Unified Paging System. *South Med J*. 2016;109(6):378-82. doi:10.14423/SMJ.0000000000000464.
16. King J, Patel V, Jamoom E, DesRoches C. The role of health IT and delivery system reform in facilitating advanced care delivery. *Am J Manag Care*. 2016;22(4):258-65.
17. O'Malley AS, Reschovsky JD, Saiontz-Martinez C. Interspecialty communication supported by health information technology associated with lower hospitalization rates for ambulatory care-sensitive conditions. *J Am Board Fam Med*. 2015;28(3):404-17. doi:10.3122/jabfm.2015.03.130325.
18. 2015 Commonwealth fund international survey of primary care physicians in 10 nations. New York: The Commonwealth Fund; 2015 (<https://www.commonwealthfund.org/publications/surveys/2015/dec/2015-commonwealth-fund-international-survey-primary-care-physicians>).
19. Aller MB, Vargas I, Waibel S, Coderch J, Sanchez-Perez I, Colomes L, et al. A comprehensive analysis of patients' perceptions of continuity of care and their associated factors. *Int J Qual Health Care*. 2013;25(3):291-9. doi:10.1093/intqhc/mzt010.
20. Aller MB, Vargas I, Garcia-Subirats I, Coderch J, Colomes L, Llopart JR, et al. A tool for assessing continuity of care across care levels: an extended psychometric validation of the CCAENA questionnaire. *Int J Integr Care*. 2013;13:e050.
21. Aller MB, Vargas I, Coderch J, Vazquez ML. Doctors' opinion on the contribution of coordination mechanisms to improving clinical coordination between primary and outpatient secondary care in the Catalan national health system. *BMC Health Serv Res*. 2017;17(1):842. doi:10.1186/s12913-017-2690-5.
22. Henaó Martínez D, Vazquez Navarrete ML, Vargas Lorenzo I. Factors influencing coordination among healthcare levels according to the opinion of healthcare managers and health professionals. *Gac Sanit*. 2009;23(4):280-6. doi:10.1016/j.gaceta.2008.05.001.
23. Aller MB, Vargas I, Coderch J, Calero S, Cots F, Abizanda M, et al. Doctors' opinions on clinical coordination between primary and secondary care in the Catalan healthcare system. *Gac Sanit*. 2017. doi:10.1016/j.gaceta.2017.06.001.



24. McDonald KM, Sundaram V, Bravata DM, Lewis R, Lin N, Kraft S, et al. Closing the Quality Gap: A critical Analysis of Quality Improvement Strategies. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2007 (<https://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/caregap/caregap.pdf>).
25. Vazquez ML, Vargas I, Garcia-Subirats I, Unger JP, De Paepe P, Mogollon-Perez AS, et al. Doctors' experience of coordination across care levels and associated factors. A cross-sectional study in public healthcare networks of six Latin American countries. *Soc Sci Med*. 2017;182:10-9. doi:10.1016/j.socscimed.2017.04.001.
26. Aerny-Perreten N, Dominguez-Berjon MF, Esteban-Vasallo MD, Garcia-Riolobos C. Participation and factors associated with late or non-response to an online survey in primary care. *J Eval Clin Pract*. 2015;21(4):688-93. doi:10.1111/jep.12367.
27. Young JM, O'Halloran A, McAulay C, Pirota M, Forsdike K, Stacey I, et al. Unconditional and conditional incentives differentially improved general practitioners' participation in an online survey: randomized controlled trial. *J Clin Epidemiol*. 2015;68(6):693-7. doi:10.1016/j.jclinepi.2014.09.013.
28. Marimon-Sunol S, Rovira-Barbera M, Acedo-Anta M, Nozal-Baldajos MA, Guanyabens-Calvet J. Shared electronic health record in Catalonia, Spain. *Med Clin (Barc)*. 2010;134 Suppl 1:45-8. doi:10.1016/s0025-7753(10)70009-9.
29. Memòria Servei Català de la Salut 2016 [Servei Català de la Salut 2016 annual report]. Barcelona: Catalunya DdS-Gd; 2017 ([http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/coneix\\_catsalut/memories\\_activitat/memories\\_catsalut/2016/memoria\\_catsalut\\_2016.pdf](http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/coneix_catsalut/memories_activitat/memories_catsalut/2016/memoria_catsalut_2016.pdf)). ■

## POLICY AND PRACTICE

# Integrating health and social services in Finland: regional and local initiatives to coordinate care

Ilmo Keskimäki<sup>1,2</sup>, Timo Sinervo<sup>1</sup>, Juha Koivisto<sup>1</sup>

<sup>1</sup>National Institute for Health and Welfare, Helsinki, Finland

<sup>2</sup>University of Tampere, Tampere, Finland

Corresponding author: Ilmo Keskimäki (email: ilmo.keskimaki@thl.fi)

## ABSTRACT

In comparison with other countries, health and social care in Finland is already relatively integrated, with local governments (municipalities) organizing most primary care and social services, and running, together with other municipalities, hospital districts for specialized services. However, the services are highly decentralized, with a small median size of the municipalities, devolved decision-making and weak central-government steering. The ageing Finnish population and rural–urban migration are creating challenges to the structure of the Finnish health and social care system. Recently, the Finnish government has proposed policies for both the administrative and the operative integration of health and social care, to create larger authorities for organizing services and to strengthen the coordination of primary and specialized care, and social services. Nationally,

the new policies have led to legislative initiatives attempting to reform the service system and to support integration; At the local level, municipal collaboration has been launched to establish novel types of municipal care organizations and to create regional joint health and social care authorities to boost administrative integration and to facilitate the implementation of innovative forms of integrated care. This article describes three examples of these novel integrated-care initiatives: two of these – one of which provides integrated health and welfare centres, with the other providing children's and young people's services – are run by regional joint authorities; the third is an urban health and welfare centre based on an alliance model of public-, private- and third-sector partnership.

**Keywords:** INTEGRATED CARE, PRIMARY HEALTH CARE, SOCIAL SERVICES, FINLAND

## INTRODUCTION

Compared to the case in most other countries, health care and social care in Finland are already relatively integrated, with local governments, termed “municipalities” [kunta], organizing most primary care and social services and running, together with other municipalities, hospital districts [sairaanhoitopiiri],<sup>1</sup> which organize public specialized care services (1). The Finnish system is usually considered to be both effective and efficient (2). However, at the national level, the system is often evaluated less favourably, and several issues in terms of access to and quality and efficiency of the services have been identified (3, 4).

As the Finnish health and social care system is highly decentralized, with strongly devolved decision-making powers and weak central-government steering mechanisms, the provision of health and social care in Finland has become fragmented. This fragmentation has been intensified by the impact of private-sector sources of health and social services, particularly with respect to occupational health services and ambulatory specialized care (5, 6). Consequently, the national health and social care system has not been able to adequately meet the changing needs of the population, leading to poor and inequitable access to services and undermining the performance of primary health care, at least in some regions (7).

In addition, factors such as differing sectoral legislation and disparate professional identities related to education and training contribute to different conceptions of what the objectives of the health and social care system should be and what clients need from health and social services (8, 9). For

<sup>1</sup> A hospital district is an administrative unit that is a federation of municipalities; it is responsible for the provision of specialized medical care in the region governed by the municipalities in the federation.

example, the fragmentation of the Finnish health and social care system has resulted in an imbalance in the resource development of primary and specialized care as, for the last 20 years, the larger part of the health care resources has been allocated to secondary care, due to a lack of coordination and steering mechanisms. For primary health care, this has resulted in poor access to physician services particularly and inequities in access to care more generally, although well-to-do groups, such as those with steady employment status, continue to be able to enjoy access to services provided by occupational and private health care (10).

In addition, unfavourable demographic and economic trends have challenged the capacity of the public health and social services. Two main factors have changed the profile on care demand and undermined the sustainability of the current health and social care system:

- repeated waves of rural–urban migration have significantly diminished the ability of small rural municipalities to offer adequate services for their populations; and
- ageing of the population, together with associated multimorbidity and related social challenges, has led to an increasing demand on health and social services.

Thus, while health and social services in Finland are more closely integrated than those in many other countries in Europe, an integrated-care approach at the levels of practice and multidisciplinary care is seen as a solution for many of the issues arising in the health and social care system. Moreover, there are several patient groups, such as patients with mental health problems or substance abuse and social problems, who would benefit from improved care integration (11, 12).

In this article, we describe three novel integrated-care initiatives in Finland and review their preliminary experiences in improving the integration of primary and specialized care and social services. Two of these initiatives, one providing children's and young people's services and the other providing combined health and welfare centres, were organized by regional-scale joint authorities; the third is a local, urban-area health and welfare centre whose organization is based on an alliance model involving public-sector, private-sector and third-sector partnerships.

## THE HEALTH AND SOCIAL CARE SYSTEM IN FINLAND

The Finnish health and social care system has been described in detail elsewhere (1). In addition, the development of the primary care system in Finland, as well as the challenges facing it, has been reviewed in previous publications (13, 14). However, in order to provide a context for the integrated-care initiatives described in this article, a short description of the Finnish health and social care system and its current trends is given here.

The Finnish health and social care system has developed gradually over the decades. Unlike the case in many other European countries, in Finland, municipalities have always played a central role in health and social care, including elderly care and other welfare services, as in public services such as schools, children's day care, libraries and waste management (1). For primary health care, a network of municipal health centres with a broad remit covering general practice, maternity and child care and school health services, often with local hospital wards led by a general practitioner, was established in 1972; this made Finnish primary health care more health centre oriented than is the case for primary care in most other countries. Finnish primary care is also exceptional in terms of the numbers of staff and of different professions it employs (14).

In terms of hospital care in Finland, although prior to 1990 most public hospitals were already being run by federations of municipalities, in the early 1990s all specialized care administration was brought under the control of 20 municipal federations, the "hospital districts". In 1993 the role of the municipalities in health and social care was further strengthened by the dismantling of central-government planning and steering mechanisms; in addition, whereas, previously, central government subsidies to the municipalities had been based on realized costs, they became based on estimated costs and annual block grants.<sup>2</sup>

The current Finnish health and social care system is claimed to be the most decentralized in Europe, if not in the world. The main responsibility for organizing both health and social services lies with the 297 municipalities. For organizing

<sup>2</sup> Read more in Cylus J, Williams G, Karanikolos M, Figueras J. Using risk-adjusted capitation for financial resource allocation and purchasing primary health care and social services. A rapid review of international experiences and lessons for Finland. Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies; 2018 ([https://thl.fi/documents/2616650/2646346/Finland\\_RiskAdjustmentBrief\\_12may.pdf/41a46c24-5c58-47f8-b65a-bbad0995c298](https://thl.fi/documents/2616650/2646346/Finland_RiskAdjustmentBrief_12may.pdf/41a46c24-5c58-47f8-b65a-bbad0995c298), accessed 5 December 2018).

primary and social care services, smaller municipalities have established joint authorities [kuntayhtymä], which make the actual number of the entities responsible for health and social service organization around 170. As mentioned above, hospital and specialized care is under the control of 20 municipal federations termed “hospital districts”. In addition, 16 joint authorities organize services for people with developmental disabilities.

However, recent developments in the health and social care system have increased the heterogeneity in services provided. For example, in some regions, municipalities have merged the functions of primary and social care in joint authorities and hospital districts and formed integrated authorities for all health and social services. In others, municipalities have outsourced all or part of health and social services to private or public-private companies.

One important feature of the Finnish health system is the large role of the private sector in the provision of health care, owing to the fact that the national health insurance system has historically reimbursed the use of private health services. However, the reimbursement currently provided is only around 15% of the cost, a situation which – together with recent problems in obtaining access to municipal services – has created a relatively large private health insurance market in Finland (15). Another, related aspect is the occupational health service organized by employers for their employees, as a large part of the working-age population gets their ambulatory health services through this channel. The extensive use of private-sector and occupational health services, together with the decentralization of the public health and social care system, further contributes to the fragmented nature of the Finnish health and social care system.

Currently, in Finland there is a wide consensus on the need for health and social care reform which would consolidate the fragmented administrative and financial structure of Finnish health and social care. In response, the Finnish government has recently proposed a broad reform of the regional government structure, to create a new administrative layer consisting of 18 counties. These counties would be responsible for organizing and financing health and social services, as well as providing a number of other tasks and services previously supplied either by the municipalities themselves or by the central government (10, 16). At the national level, the new government policies have led to a series of legislative initiatives to reform the health and social services system; at the local and regional levels, the policies have been implemented through

municipal collaboration to create regional-scale joint health and social care authorities, to boost integration and facilitate the implementation of innovative forms of care (17).

As health care policies in Finland have long emphasized the strengthening of primary care services and the integration of care, particularly in terms of coordinating primary health care and social services (1), health and social services in most municipalities currently operate under a unified administration. However, with the exception of local pilots, vertical integration has not developed at the same pace, and primary care services and specialist and hospital services are organized and provided by separate organizations. In addition, at the municipal and the joint authority levels, the administration of health and social care has varied. Over the years, most municipal authorities have adopted a model with a joint municipal board and office managing health and social care. Due to many factors, practical services are, however, still running in silos in many municipalities. Moreover, issues such as differing sectoral legislation and professional identities related to education and training, are contributing to different conceptions of the objectives of the service system and clients’ needs in professionals in health and social services (8, 9). Thus, many aspects of care would benefit from enhanced administrative and operational integration.

## REGIONAL AND LOCAL INTEGRATED-CARE INITIATIVES

In the following, three initiatives to improve the integration of primary health care and social services in Finland are described, and some preliminary experiences from them reviewed (see Table 1). As the initiatives are all more or less recent, there is as yet no systematic evaluation of them, but they show quite well the direction in which integrated Finnish primary health care is currently developing. The first two initiatives described, the Eksote children’s and young people’s house and the Siun sote health and welfare centres,<sup>3</sup> are managed by regional-scale joint health and social care authorities; the first initiative provides an example of how to organize integrated, multiprofessional children’s and young people’s services, and the second shows how coordination of multidisciplinary health and social care can be strengthened at the health centre level. The descriptions

<sup>3</sup> “Eksote” is the abbreviation for *Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden* (translated as “South Karelia Social and Health Care District”), which is the joint authority that runs the facility.

TABLE 1. MAIN FEATURES OF THREE NOVEL INTEGRATED-CARE INITIATIVES

	Eksote children's and young people's house	Siun sote health and welfare centres	Tesoma Wellbeing Centre
Organizer(s) of the services	Joint authority of the nine municipalities in South Karelia (130 000 inhabitants).	Joint authority of the 14 municipalities in North Karelia (169 000 inhabitants).	The City of Tampere (approx. 230 000 inhabitants) and the district of Tesoma (approx. 20 000 inhabitants).
Provider(s) of the services	Joint authority of the municipalities in South Karelia.	Joint authority of the municipalities in North Karelia.	An alliance between the City of Tampere, a private provider and a third-sector provider.
Principles for integrated care	In order to integrate all health and social care under the same management, services for children and young people have been placed in a joint organization. Children and young people can have practically all their services from one organizational unit and location. The families do not have to know which services they need, but a multiprofessional team of professionals is gathered based on their situation.	In order to integrate all health and social care under the same management, mental health and substance abuse services and related social services have been located to health centres providing integrated primary and social care services. Professionals from various fields work under their own management but in the same facilities. A shared front-line manager supervises daily work and care processes.	The alliance aims to combine the services in a way where the boundaries of services, organizations and professions are dissolved for the benefit of the clients. The collaboration is based on multiprofessional teamwork conducted in a framework where the client is the centre about which the professionals move. Early prevention, self-care and digital services are emphasized as key elements in this service concept.
Integrated services provided	The house provides primary care services, children's and young peoples' mental health services (primary and secondary care), maternity and child health clinics, school health and welfare services, child protection and social work. Services in urban areas are organized in a specific children's and young people's houses operating on a walk-in principle. In addition, services are provided at schools and rural areas.	The centres provide outpatient primary care by physicians and registered nurses as well as care by nurses specialized for mental health and substance abuse services, and social services professionals.	The centre provides primary health care services, dental care for adults and supported living services for the elderly and persons with disabilities; services for families and young people (such as maternity and child clinic, family work, home care, dental care for children and young people); guidance, advice and case-management services; employment and library services; and a community coffee shop and other third-sector activities, such as organizing peer-group meetings.
Outcomes	Positive assessment based on administrative information systems: the amount of substitute care of child protection needed in institutions decreased, the amount of psychiatric hospital care for young people (<17 years) under the national average. Scientific evaluation not yet available.	Positive assessment based on personnel interviews (unpublished): care paths more efficient, shortened waiting times, decreased number of formal referrals, consulting other professionals easier. Scientific evaluation not yet available.	Not available yet.

of the initiatives are partly derived from data gathered for an ongoing research project on the changing competencies of the health and social care workforce and are based both on themed interviews of managers at different levels and on the documents from the service providers (18). The initiatives were chosen because they demonstrate options for organizational integration and cooperation between organizational units: specifically, the Eksote children's and young people's house is a pioneer initiative which has provided an example for several other regions to follow when developing integrated-care solutions, while the Siun sote initiative is an example of how professionals from different sectors can be brought to primary health care centres to work together. The third initiative we describe is a recently launched

local initiative consisting of an urban-community well-being centre created via a novel public procurement process aiming at forming an alliance between public-sector, private-sector and third-sector actors in order to provide integrated care.

## THE EKSOTE CHILDREN'S AND YOUNG PEOPLE'S HOUSE

The first example of a novel integrated-care initiative in Finland is the multiprofessional children's and young people's care facility or "house" run by the South Karelia Social and Health Care District [*Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden*] (abbreviated as "Eksote"). As mentioned above, the municipalities have responsibility for organizing health and



social services in Finland. However, as the municipalities are, in general, rather small, they have established joint authorities for arranging health and social services. Further, while the municipalities have responsibility for hospital care, the hospital care is actually provided by the hospital districts, which are joint authorities owned by the municipalities. This means that primary care and social services are run by organizations that are different from those that run the hospitals, and so are under separate management. However, in the past few years, the municipalities in some regions have formed regional-scale joint authorities covering whole counties. These authorities, such as Eksote, finance and organize virtually all the health and social services in the region and provide most of the services (some services are purchased from private- and third-sector organizations). This arrangement means that all of the services in these municipalities are under the control of the same management and so can be organized in novel ways.

Eksote is responsible for organizing services for 130 000 inhabitants in nine municipalities. Compared to regular health and social care authorities, Eksote is considerably different with respect to its organization as well as its work and care processes. One example of this is the creation of a special facility for children and young people, the Eksote children's and young people's house [*Lasten ja nuorten talo*], which provides multiprofessional somatic and psychiatric services for its target population. In this facility, services and professionals are gathered into one organizational entity, with common management and resources from primary care, social services, the specialist hospital and the municipal school authorities. Although professionals from maternity and child health clinics, from school health and welfare (earlier managed by the school organization) and from child protection, mental health services for children and young people, and other areas of social care work in separate units within the facility, they operate as a multiprofessional team.

The children's and young people's house operates on the walk-in principle and does not require referrals. In addition, it is possible just to walk in without knowing exactly which professional services are needed. When a person seeking advice or support arrives at the facility, a team of professionals assesses his/her needs and then gathers a dedicated team for her/him. While the aim is to provide services in a flexible way, the composition of the team organized and the volume of services provided depend on the client's needs.

The service model aims to provide services based on early intervention and tailored according to the needs of the client. Investing timely and appropriate services is expected to increase

efficiency and result in savings, even if services may be more intensive in the beginning. In addition, at the Eksote house, health and social services at the primary and secondary levels are all under the same management. The manager's role is to facilitate an innovative working model of care based on seamless service processes, in contrast with traditional patient pathways which must go through organizational boundaries. In the beginning, the manager of the house was a medical specialist, but later on the manager was from social care services.

The Eksote children's and young people's house has also proven to be efficient in financial terms. In addition, the high costs incurred by expensive child protection services, such as substitute care in institutions, have decreased (19). Moreover, in the region covered by Eksote, the number of days spent by young people (<17 years old) in psychiatric hospital care (52 days) is much less than the average in Finland (103 days) (20).

## SIUN SOTE HEALTH AND WELFARE CENTRES

The second care-integration initiative described in this article is an example where professionals from different parts of a health and social care organization have been relocated into joint health and welfare centres. Siun sote is a regional-scale joint authority comprising 14 municipalities. It is responsible for arranging all the health and social services in the region, as well as mostly providing them for the 169 000 inhabitants of North Karelia in eastern Finland. In administrative terms, Siun sote is similar to Eksote.

Finnish health centres normally provide primary health care for all the inhabitants in a particular area. Unlike the case in general practitioner systems in many European countries, the health centres in Finland have multidisciplinary personnel, including physicians, registered nurses, physiotherapists, psychologists and nutritionists. In addition, the health centres provide maternity and child health clinic and dental care services, as well as arranging physicians' consultations for home care under elderly care services.

However, despite there being strong administrative integration in the health centres, care processes between individual professionals in the health centres are not commonly highly coordinated. In addition, although mental health, substance abuse and social services professionals work in the same municipal organizations as primary care professionals, they are usually under separate management. Consequently, primary care professionals find the coordination of care with them difficult. In response, the Siun sote authority has established integrated health and welfare centres in which

health care professionals work together with professionals from mental health and substance abuse services (usually nurses specializing in mental health and substance abuse care) and other types of social work.

The different health professionals at the centre still have their own managers, but they all work in the same facilities, thus broadening the scope of primary care to meet the complex needs of patients with multiple conditions. However, having common premises is not always sufficient to establish multiprofessional work practices; common management is required in order to take care of common care processes and cooperation practices and to ensure smooth work processes between professionals. Therefore, while each professional group has their own manager, a common front-line manager supervises daily work and care processes.

Bringing different health professionals under same roof enables the provision of timely services and allows clients to be directed straight to the right professional, without the need for formal referrals, resulting in shortened waiting times for patients. In practical terms, working in the same facilities allows professionals with different backgrounds and training to get to know each other's working practices and ways of thinking. In addition, consulting other professionals is easier when you know them and they happen to be next door. Moreover, integrating social work into the centres gives patients better access to social services.

## TESOMA WELLBEING CENTRE

The third integrated-care initiative described in this article is the Tesoma Wellbeing Centre. Tesoma is a district in Tampere, which is an inland city with approximately 230 000 inhabitants; Tesoma lies about eight kilometres to the southwest of the city centre, with approximately 20 000 inhabitants. On average, social problems are more prevalent in Tesoma than in the other districts in Tampere.

The Tesoma Wellbeing Centre is an example of a new kind of a welfare centre model which is based on a partnership between public-sector, private-sector and third-sector actors, to provide and integrate health, social and welfare services in a joint organization (21, 22). The centre was developed through an innovative, outcome-based public procurement process in 2015–2017. During the process, rather than there being a pre-existing definition of the way the centre's services would be produced, the outcomes and effects of the centre were co-defined by the different actors involved in the procurement process. The concept of the centre was co-designed in partnership with Tampere, private companies and third-sector

organizations in a participatory process which included also the inhabitants of the Tesoma district, and health and social welfare professionals from Tampere. The competitive tendering for the alliance was then carried out according to the negotiated procedure with the participating private providers.

An alliance agreement for providing the centre's services was made between one of the participating private providers and the City of Tampere. The alliance has a common contract, common goals and a common organization, as well as a shared budget and common earning logic. The partners share the risks, profits and losses that are expected to drive intensive integration, collaboration and continuous development. The activities of the alliance are based on person-centred service, confidence, effective performance and continuous improvement. For the private provider, the alliance has an incentive system with bonuses and sanctions. For example, according to the alliance contract, when the costs of the alliance are under the budget criteria, the share of the private partner is 47% of the savings. When the cost criteria are exceeded, the private partner must pay 50% of the overspend.

All of the services provided by the centre are considered to be public services provided by Tampere, but the alliance is jointly accountable for integrating horizontally primary health care, social care and welfare services within the centre. The centre provides two types of services: (i) health and social care services and (ii) services to strengthen the community and facilitate interactions between its inhabitants. The City of Tampere is responsible for providing the centre's services for families and young people (such as maternity and child clinics, family social care, home care, dental care for children and young people), and guidance, advice and case-management services, as well as employment and library services. The private provider is responsible for primary health care and reception services, dental care for adults, and supported living services for the elderly and persons with disabilities. The third actor, a local nongovernmental organization, is responsible for the community coffee shop and other third-sector activities. The coffee shop is meant to be both the living room for the centre and a meeting point for the Tesoma community. In addition to providing information on health and social welfare services, the nongovernmental organization is responsible for planning and organizing events and theme activities supporting the community, as well as running peer-group meetings for local people with similar support needs. Thus, the centre constitutes a service network and interfaces with other health and social services of Tampere; in addition, professionals from centralized services provided by Tampere also operate at the

centre. Moreover, the centre attempts to provide a focal point for culture and leisure-time services in the district.

The alliance behind the centre aims to combine the services in a new way in which the boundaries of services, organizations and professions are dissolved for the benefit of the clients. The collaboration is based on multiprofessional teamwork operating in a framework in which the client is the centre around which the professionals move. The core services of the centre include low-threshold advice, guidance and case management. Early prevention, self-care and digital services are emphasized as key elements in the service concept. Clients are segmented according to the need profiles: children, young people and families, working-age adults and the elderly. Under these main segments, client profiles have been defined by means of service design for developing the services.

The success of the alliance will be evaluated on the basis of outcomes and effectiveness. The goals for effectiveness defined for the services are, for example, increased health, decreased dental diseases, decreased sickness among children and young people, increased interaction between the inhabitants, decreased unemployment and increased skills in searching for and utilizing information. The outcomes defined for the centre are, for example, cost-effective running of services, renewing and developing practices, remaining under the predefined budget limits during the 10-year contract, continuous and open development of services, high user satisfaction with the services of the centre, and increasing the number of users during the contract period.

Although the Tesoma Wellbeing Centre opened in April 2018, its performance and outcomes have not yet been evaluated. However, the key question from the point of view of the centre's clients is how their care can best be integrated to ensure seamless and timely services within the centre and across other public services.

## DISCUSSION

In general, the Finnish health care system fares well in international comparisons and usually is rated high in terms of quality and efficiency. However, fragmentation of the health care system has undermined the performance of primary health care, at least in some regions (13). In addition, unfavourable demographic and economic trends due to the ageing population and rural–urban migration, with many rural municipalities withering, have challenged the capacity

of the public health and social services. In Finland, there is a wide consensus on the need for health and social care reform which would consolidate the fragmented administrative and financial structure of health and social care and create larger authorities to organize the services. In addition to this financial and administrative integration, an integrated-care approach is seen as a possible way to address the increasing and changing demands on the health and social care system.

Administrative and financial consolidation and integrated care also form the starting-point in the government's reform proposal, which is currently being debated in the Finnish parliament (16). If the government bills on reform legislation are accepted in the parliament, the legal responsibility for organizing social and health care would be transferred from the municipalities to 18 new counties. In line with the Eksote and Siun sote pilots, the new administrative structure would support health and social care organizations to implement novel integrated-care models. However, the government's proposal also includes features which may be controversial in terms of improved integration of services. These are related to proposals for the introduction of a market-based provider-choice model for primary and elderly care provision, where public and private providers would operate and provide services on equal terms. Depending on the extent to which these proposals are implemented, the reform may, in fact, impede the possibility of counties introducing services based on integrated-care principles. However, as the government's proposal, particularly the parts leading to the privatization of health and social services, has been criticized heavily, it is unclear whether it will pass the parliament or even be voted on.

In the examples we present here of integrated care, the two regional-scale joint authorities responsible for health and social services, Eksote and Siun Sote, operate much like the proposed counties would. These examples show that, if decision-making and management of the whole service structure are coordinated, it is possible to change the current organization-based service provision to enable seamless service chains. The walls between social services and health care, as well as between primary care and specialized care, can thus be torn down.

On the other hand, organizations are not the only key to new service models. It is possible to build integrated services over the organizational barriers. Bringing services under same roof may help in this process, but working together requires planned procedures and coordination of daily work. It also requires learning about each other's work and getting to know professionals individually.

The alliance model provided by the Tesoma Wellbeing Centre has been piloted as a way to provide health and social care via collaboration by multiple service providers from both public and private sectors. Many national and local experts considered the Tesoma model promising and potentially modifiable for the proposed new Finnish social and health care system. Its core idea of alliance is straightforward and easily adaptable to the different local contexts present in Finland. Broadly similar centres with multiple service providers have been developed elsewhere in Finland but, unlike the Tesoma Wellbeing Centre, these are not based on an alliance model.

In conclusion, the integrated-care pilots implemented in Finland have been proven to be feasible, and many of the preliminary experiences from these pilots have been mainly positive for the health and social care providers as well as the clients. As the utilization of health and social care in Finland is strongly skewed – 10% of the population incurs 80% of the service use and costs – is it essential to provide health care services which are able to respond to patients' complex needs of care both effectively and efficiently.

**Acknowledgements:** None.

**Sources of funding:** The work in this article was partly funded by the Strategic Research Council of the Academy of Finland (grant no. 303605), but the Council had no involvement in the design of the article, data collection, findings or decision to publish.

**Conflicts of interest:** None declared.

**Disclaimer:** The authors alone are responsible for the views expressed in this publication and they do not necessarily represent the decisions or policies of the World Health Organization.

## REFERENCES<sup>4</sup>

1. Vuorenkoski L, author, Mladovsky P, Mossialos E, editors. Finland: health system review. *Health Syst Transit* 2008;10:1–168.
2. GBD 2016 Healthcare Access and Quality Collaborators. Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* 2018;391:2236–71. doi: 10.1016/S0140-6736(18)30994-2.
3. Ministry of Social Affairs and Health. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön uudistaminen. Peruslinjauksia valmistelevan työryhmän loppuraportti [Reforming the legislation on organising, developing and supervising health and social care. The final report of the working group preparing the principles]. Reports and Memorandums of the Ministry of Social Affairs and Health 2011:7. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health; 2011 (<https://stm.fi/documents/1271139/10139132/Yleisperustelut.pdf/4a8b42ec-289b-4a22-b1bd-147122b18a9e/Yleisperustelut.pdf.pdf>).
4. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. Finland: Country Health Profile 2017. State of Health in the EU. Paris: OECD Publishing/Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies; 2017.
5. Saltman BR, Teperi J. Health reform in Finland: current proposals and unresolved challenges. *Health Econ Policy Law* 2016;11: 303–19. doi: 10.1017/S1744133116000013.
6. Vuorenkoski L. Restructuring municipalities and municipal health services in Finland. *Eurohealth* 2007;13:8–10.
7. Raivio R, Jääskeläinen J, Holmberg-Mattila D, Mattila KJ. Decreasing trends in patient satisfaction, accessibility and continuity of care in Finnish primary health care: a 14-year follow-up questionnaire study. *BMC Fam Pract* 2014;15:98. doi:10.1186/1471-2296-15-98.
8. Liberati EG, Gorli M, Scaratti G. Invisible walls within multidisciplinary teams: Disciplinary boundaries and their effects on integrated care. *Soc Sci Med* 2016;150:31–9. doi: 10.1016/j.socscimed.2015.12.002.
9. Maslin-Prothero SE, Bennion AE. Integrated team working: a literature review. *Int J Integr Care* 2010;10:e043.
10. Couffinhal A, Cylus J, Elovainio R, Figueras J, Jeurissen P, McKee M et al. International expert panel pre-review of health and social care reform in Finland. Reports and Memorandums of the Ministry of Social Affairs and Health 2016:66. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health; 2016 ([https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/79070/RAP\\_2016\\_66.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/79070/RAP_2016_66.pdf?sequence=1&isAllowed=y)).
11. Sinervo T, Tynkkynen L-K, Vehko T. Mitä kuuluu perusterveydenhuolto? Valinnanvapaus ja integraatio palveluiden kehittämisen polttopisteessä [How are you, Finnish health centre? Freedom of choice and care integration as central targets of development]. Report 16/2016. Helsinki: National Institute for Health and Welfare; 2016.
12. Jolanki O, Tynkkynen L-K, Sinervo T. Professionals' views on integrated care. *J Integr Care* 2017;25:247–55. <https://doi.org/10.1108/JICA-06-2017-0018>.
13. Kokko S. Towards fragmentation of general practice and primary healthcare in Finland? *Scand J Prim Health Care* 2007;25:131–2. doi: 10.1080/02813430701576482.

<sup>4</sup> All references were accessed on 8 December 2018.

14. Kokko S. Integrated primary health care: Finnish solutions and experiences. *Int J Integr Care* 2009;9:e86.
15. Tynkkynen L-K, Alexandersen N, Kaarboe O, Anell A, Lehto J, Vrangbaek K. Development of voluntary private health insurance in Nordic countries: an exploratory study on country-specific contextual factors. *Health Policy* 2018;122:485–92. doi: 10.1016/j.healthpol.2018.03.008.
16. Tynkkynen L-K, Keskimäki I. Finland: Health Policy Updates: Health and social service reform draft goes back to the Parliament. In: *The Health Systems and Policy Monitor* [website]. Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies; 2017 (<https://www.hspm.org/countries/finland21082013/countrypage.aspx>).
17. Keskimäki I, Heponiemi T, Sinervo T. Striving for integrated care and efficiency in Finland: country-wide and local skill-mix innovations. In: Glinos I, Sagan A, Wismar M, eds. *Skill-mix innovations in primary and chronic care: mobilising patients, peers, professionals*. Observatory Studies Series. Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies (in press).
18. COPE. COPE: Competent workforce for the future [website]. Helsinki: COPE; 2018 (<https://www.stncope.fi>).
19. Miettinen V. Lasten ja nuorten talo näyttää suuntaa [Children's and young people's house shows the direction]. *Kuntalehti* 2017;25: 46–9.
20. Sotkanet.fi: statistical information on welfare and health in Finland. Helsinki: National Institute for Health and Welfare; 2018 (<https://sotkanet.fi/sotkanet/en/index>).
21. City of Tampere. Tesoman Hyvinvointikeskuksen palvelut: allianssikumppanusmalli. [Service of the Tesoma Wellbeing Centre: an alliance partnership model]. Tampere: Tampereen kaupunki; 2016 (<https://www.innokyla.fi/documents/1906667/e12810ec-5055-44bb-b8e7-9fda3b9bc428>).
22. City of Tampere. Tesoman hyvinvointikeskus [Tesoma Wellbeing Centre]. In City of Tampere [website]. Tampere: Tampereen kaupunki; 2018 (<https://www.tampere.fi/tampereen-kaupunki/yhteystiedot-ja-asiointi/alueelliset-palvelut/tesoman-hyvinvointikeskus.html>). ■



## ПОЛИТИКА И ПРАКТИКА

# Интеграция служб здравоохранения и социального обеспечения в Финляндии: региональные и местные инициативы по координации оказания помощи

Ilmo Keskimäki<sup>1,2</sup>, Timo Sinervo<sup>1</sup>, Juha Koivisto<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Национальный институт здравоохранения и социального обеспечения, Хельсинки, Финляндия

<sup>2</sup>Университет Тампере, Тампере, Финляндия

Автор, отвечающий за переписку: Ilmo Keskimäki (адрес электронной почты: ilmo.keskimaki@thl.fi)

## АННОТАЦИЯ

По сравнению с другими странами, в Финляндии здравоохранение и социальная помощь уже относительно интегрированы, а местные органы власти («муниципалитеты») организуют предоставление большей части первичной медицинской и социальной помощи и вместе с другими муниципалитетами организуют предоставление специализированных услуг в больничных округах. Тем не менее службы отличаются высокой степенью децентрализации, небольшим средним размером муниципалитетов, автономным процессом принятия решений и слабым управлением со стороны центрального правительства. Стареющее финское население и сельско-городская миграция создают проблемы для структуры финской системы здравоохранения и социального обеспечения. Недавно правительство Финляндии предложило политические меры по административной и оперативной интеграции здравоохранения и социальной помощи с целью предоставления более широких полномочий для организации служб и усиления координации первичной и специализированной медицинской помощи, а также социальных

услуг. На национальном уровне результатом новой политики стали законодательные инициативы, направленные на реформирование системы обслуживания и поддержку интеграции; на местном уровне было начато муниципальное сотрудничество с целью создания новых видов организаций муниципальной помощи и объединенных региональных органов здравоохранения и социальной помощи для усиления административной интеграции и содействия внедрению инновационных форм комплексного оказания помощи. В этой статье описываются три примера этих новых инициатив в области комплексного оказания помощи. Первый пример посвящен интегрированным центрам здравоохранения и социального обеспечения, а второй – помощи детям и молодежи. Обе эти инициативы находятся в ведении объединенных региональных органов. Третья инициатива основана на модели партнерства между государственным, частным и некоммерческим секторами и посвящена городским центрам здравоохранения и социального обеспечения.

**Ключевые слова:** КОМПЛЕКСНОЕ ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ, ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ, СОЦИАЛЬНЫЕ СЛУЖБЫ, ФИНЛЯНДИЯ

## ВВЕДЕНИЕ

По сравнению с большинством других стран, здравоохранение и социальная помощь в Финляндии уже относительно интегрированы, а местные органы власти, называемые «муниципалитетами» [kunta], организуют предоставление большей части первичной медицинской и социальной помощи и вместе с другими муниципалитетами организуют предоставление специализированных

услуг в больничных округах [sairaanhoitopiiri]<sup>1</sup> (1). Финская система обычно оценивается как эффективная и действенная (2). Однако на национальном уровне система часто оценивается менее положительно, и было выявлено несколько проблем с точки зрения как доступа к помощи, так и ее качества и эффективности (3, 4).

<sup>1</sup> Больничный округ – это административная единица, представляющая собой федерацию муниципалитетов; он отвечает за предоставление специализированной медицинской помощи в регионе, управляемом муниципалитетами в федерации.

Поскольку финская система здравоохранения и социального обеспечения отличается значительной степенью децентрализации, автономностью в принятии решений и слабыми механизмами управления со стороны центрального правительства, предоставление услуг здравоохранения и социальной помощи в Финляндии стало фрагментированным. Эта фрагментарность усилилась в результате воздействия частных служб здравоохранения и социального обеспечения, особенно в отношении услуг в области охраны труда и амбулаторной специализированной помощи (5, 6). Вследствие этого национальная система здравоохранения и социального обеспечения перестала надлежащим образом удовлетворять изменяющиеся потребности населения, что привело к проблемам в отношении доступности и справедливости оказания услуг и отрицательно сказалось на эффективности первичной медико-санитарной помощи, по крайней мере в некоторых регионах (7).

Кроме того, такие факторы, как отличия в законодательстве разных секторов и несопоставимая профессиональная идентификация, связанная с образованием и обучением, способствуют возникновению разных представлений о том, какими должны быть цели системы здравоохранения и социального обеспечения и в чем нуждаются потребители медицинских и социальных услуг (8, 9). Например, фрагментарность финской системы здравоохранения и социального обеспечения привела к дисбалансу в развитии ресурсов первичной и специализированной помощи, поскольку из-за отсутствия координации и механизмов управления в последние 20 лет большая часть ресурсов здравоохранения выделялась на вторичную медицинскую помощь. В области первичной медико-санитарной помощи это привело к проблемам в доступности и справедливости оказания услуг в целом, хотя состоятельные слои общества, например имеющие постоянную работу, по-прежнему имеют доступ к услугам, предоставляемым службой охраны труда и частным здравоохранением (10).

Кроме того, неблагоприятные демографические и экономические тенденции стали серьезным испытанием для функциональности общественного здравоохранения и социальной помощи. Два основных фактора изменили характеристики требований к оказанию помощи и оказали неблагоприятное воздействие на устойчивость существующей системы здравоохранения и социального обеспечения:

- повторяющиеся волны сельско-городской миграции значительно снизили способность небольших сельских

муниципалитетов надлежащим образом обслуживать свое население; а также

- старение населения и связанные с этим множественная заболеваемость и социальные проблемы привели к повышению спроса на медицинскую и социальную помощь.

Таким образом, хотя здравоохранение и социальное обеспечение в Финляндии интегрированы более тесно, чем в других странах Европы, комплексный подход к оказанию помощи на всех уровнях, а также многопрофильная помощь рассматриваются как решение многих проблем, возникающих в области здравоохранения и социальной помощи. Кроме того, некоторые группы пациентов, например (Sec. 2 par. A <http://new.gramota.ru/spravka/punctum/punctum-attach2>) пациенты с нарушениями психического здоровья или злоупотребляющие психоактивными веществами или имеющие социальные проблемы, получают пользу от улучшения интеграции оказания помощи (11, 12).

В этой статье мы опишем три новые инициативы в области комплексного оказания помощи в Финляндии и рассмотрим предварительно полученный в их рамках опыт, касающийся улучшения интеграции первичной медико-санитарной помощи, специализированных услуг и социального обеспечения. Две такие инициативы (одна в области оказания помощи детям и молодежи и вторая – посвященная комбинированным центрам здравоохранения и социального обеспечения) были организованы силами объединенных региональных органов. Третья инициатива основана на модели партнерства между государственным, частным и некоммерческим секторами и посвящена локальным городским центрам здравоохранения и социального обеспечения.

## СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ В ФИНЛЯНДИИ

Подробное описание финской системы здравоохранения и социального обеспечения содержится в другом источнике (1). Кроме того, развитие системы первичной

медико-санитарной помощи в Финляндии, а также проблемы, стоящие перед ней, были рассмотрены в предыдущих публикациях (13, 14). Однако, чтобы дать представление о контексте инициатив по комплексному оказанию помощи, описанных в этой статье, здесь приводится краткое описание системы здравоохранения и социального обеспечения Финляндии и текущих тенденций.

Финская система здравоохранения и социального обеспечения развивалась на протяжении десятилетий. В отличие от многих других европейских стран в Финляндии муниципалитеты всегда играли центральную роль в оказании медицинской и социальной помощи, включая предоставление услуг по уходу за престарелыми и других социальных услуг, в том числе в государственных службах, таких как школы, детские сады, библиотеки и утилизация отходов (1). В области первичной медико-санитарной помощи в 1972 г. была создана сеть муниципальных медицинских центров, которая охватывала общую практику, охрану материнства и детства и службу школьного здравоохранения, часто с местными больничными палатами под руководством врача общей практики. Это сделало финскую систему первичной медико-санитарной помощи в большей степени ориентированной на медицинские центры, чем в большинстве других стран. Финская первичная медико-санитарная помощь также является исключением с точки зрения численности персонала и использования различных профессий (14).

Что касается стационарного лечения в Финляндии, то, несмотря на то, что до 1990 г. большая часть государственных больниц уже находилась в ведении федераций муниципалитетов, в начале 1990-х гг. все специализированные учреждения были переданы под контроль 20 муниципальных федераций – «больничных округов». Роль муниципалитетов в области здравоохранения и социального обеспечения была еще более усилена в 1993 г. за счет ликвидации механизмов центрального планирования и управления; кроме того, если раньше размеры субсидий, получаемых муниципалитетами от центрального правительства, основывались на фактических затратах, то потом они стали основываться на предполагаемых затратах и ежегодных «блочных» субсидиях<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> Дополнительная информация в: Cylus J, Williams G, Karanikolos M, Figueras J. Using risk-adjusted capitation for financial resource allocation and purchasing primary health care and social services. A rapid review of international experiences and lessons for Finland. Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies; 2018 ([https://thl.fi/documents/2616650/2646346/Finland\\_RiskAdjustmentBrief\\_12may.pdf/41a46c24-5c58-47f8-b65a-bbad0995c298](https://thl.fi/documents/2616650/2646346/Finland_RiskAdjustmentBrief_12may.pdf/41a46c24-5c58-47f8-b65a-bbad0995c298), по состоянию на 5 декабря 2018 г.).

Современная финская система здравоохранения и социального обеспечения считается самой децентрализованной в Европе, если не в мире. Основная ответственность за организацию предоставления как медицинских, так и социальных услуг лежит на 297 муниципалитетах. Для организации предоставления услуг первичной медицинской и социальной помощи в небольших муниципалитетах были созданы объединенные органы [kuntayhtymä], с учетом которых фактическое число субъектов, отвечающих за организацию здравоохранения и социального обслуживания, составило около 170. Как уже упоминалось выше, стационарная и специализированная помощь находится под контролем 20 муниципальных федераций, называемых «больничными округами». Кроме того, 16 объединенных органов организуют услуги для людей с нарушениями развития.

Однако недавние изменения в системе здравоохранения и социального обеспечения увеличили разнородность предоставляемых услуг. Например, в некоторых регионах муниципалитеты соединили функции первичной медицинской и социальной помощи в объединенных органах власти и больничных округах и сформировали интегрированные органы для всех услуг здравоохранения и социального обеспечения. В других регионах муниципалитеты полностью или частично делегировали оказание медицинской и социальной помощи частным или государственно-частным компаниям.

Одной из важных особенностей финской системы здравоохранения является существенная роль частного сектора в оказании медицинской помощи в силу того, что национальная система медицинского страхования исторически компенсировала использование частных медицинских услуг. Однако предоставляемая в настоящее время компенсация составляет всего около 15% от стоимости, и эта ситуация, наряду с недавними проблемами в получении доступа к муниципальным услугам, создала относительно большой рынок частного медицинского страхования в Финляндии (15). Другим аспектом, связанным с данным вопросом, является служба оказания медицинской помощи по месту работы, организованная работодателями для своих сотрудников, поскольку значительная часть трудоспособного населения получает амбулаторные медицинские услуги по этому каналу. Широкое использование услуг частного сектора и служб оказания медицинской помощи по месту работы, наряду с децентрализацией системы общественного здравоохранения и социального обеспечения, еще более способствует фрагментарности

финской системы здравоохранения и социального обеспечения.

В настоящее время в Финляндии широко поддерживается необходимость реформы здравоохранения и социального обеспечения, которая бы консолидировала фрагментированную административную и финансовую структуру финского здравоохранения и социального обеспечения. В ответ на это правительство Финляндии недавно предложило провести широкую реформу региональной правительственной структуры, чтобы создать новый административный уровень, состоящий из 18 округов. Эти округа будут нести ответственность за организацию и финансирование медицинских и социальных услуг, а также за обеспечение ряда других функций и услуг, ранее предоставлявшихся либо самими муниципалитетами, либо правительством (10, 16). На национальном уровне новая государственная политика привела к ряду законодательных инициатив по реформированию системы здравоохранения и социального обеспечения. На местном и региональном уровнях политика реализуется в рамках муниципального сотрудничества с целью создания региональных органов здравоохранения и социального обеспечения, способствующих интеграции и внедрению инновационных форм обслуживания (17).

Поскольку в политике здравоохранения Финляндии уже давно уделяется особое внимание укреплению службы первичной медико-санитарной помощи и комплексному оказанию услуг, особенно с точки зрения координации первичной медицинской и социальной помощи (1), в большинстве муниципалитетов в настоящее время работают медицинские и социальные службы под руководством единой администрации. Однако, за исключением местных пилотных проектов, вертикальная интеграция не развивалась теми же темпами, и первичная медико-санитарная помощь, а также специализированная и стационарная помощь организуются и предоставляются отдельными организациями. Кроме того, управление здравоохранением и социальным обеспечением отличается на уровне муниципальных и объединенных органов. За прошедшие годы большинство муниципальных органов приняли модель, включающую объединенный муниципальный совет и службу, занимающиеся вопросами здравоохранения и социального обеспечения. Однако во многих муниципалитетах по многим причинам практические службы по-прежнему работают разобщенно. Кроме того, такие факторы, как отличия в законодательстве в разных секторах и профессиональная идентификация, связанная с образованием и обучением, способствуют

возникновению разных представлений о том, какими должны быть цели системы здравоохранения и социального обеспечения и в каких специалистах медицинских и социальных услуг нуждаются потребители (8, 9). Таким образом, многие аспекты оказания помощи выиграют от усиления административной и оперативной интеграции.

## РЕГИОНАЛЬНЫЕ И МЕСТНЫЕ ИНИЦИАТИВЫ ПО КОМПЛЕКСНОМУ ОКАЗАНИЮ ПОМОЩИ

Далее описаны три инициативы по усилению интеграции первичной медицинской и социальной помощи в Финляндии и рассмотрены некоторые предварительные результаты (см. табл. 1). Поскольку все эти инициативы более или менее недавние, пока отсутствует их систематическая оценка, но они достаточно хорошо показывают направление, в котором развивается финская интегрированная первичная медико-санитарная помощь. Первые две описанные инициативы (дом для детей и молодежи Eksote и центры здоровья и благополучия Siun)<sup>3</sup> находятся под управлением объединенных региональных органов здравоохранения и социального обеспечения. Первая инициатива служит примером того, как можно организовать интегрированные многопрофильные детские и молодежные службы, а вторая показывает, как можно улучшить координацию многопрофильной медицинской и социальной помощи на уровне центров здравоохранения. Описания инициатив частично созданы на основе данных, собранных для текущего исследовательского проекта по изменению профессиональных знаний работников здравоохранения и социального обеспечения, и основаны как на тематических интервью с руководителями разных уровней, так и на документах, предоставленных поставщиками услуг (18). Эти инициативы были выбраны потому, что они демонстрируют варианты организационной интеграции и сотрудничества между подразделениями различных организаций. В частности, дом для детей и молодежи Eksote является новаторской инициативой, которая послужила примером для нескольких других регионов при разработке решений для комплексного оказания помощи, в то время как инициатива Siun sote является примером того, как специалисты из разных

<sup>3</sup> «Eksote» – это аббревиатура Etelä-Karjalan sosiaali-ja terveyspiiri (в переводе «Округ социальной и медицинской помощи Южной Карелии»), представляющего собой больничный округ, в котором находится данное учреждение.

ТАБЛИЦА 1. ОСНОВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ТРЕХ НОВЫХ ИНИЦИАТИВ ПО КОМПЛЕКСНОМУ ОКАЗАНИЮ ПОМОЩИ

	Дом для детей и молодежи Eksote	Центры здоровья и благосостояния Siun sote	Центр здоровья и благополучия в Тесоме
Организатор(-ы) услуг	Объединенный орган девяти муниципалитетов в Южной Карелии (130 000 жителей).	Объединенный орган 14 муниципалитетов в Северной Карелии (169 000 жителей).	Город Тампере (около 230 000 жителей) и округ Тесома (около 20 000 жителей).
Поставщик(-и) услуг	Объединенный орган муниципалитетов в Южной Карелии.	Объединенный орган муниципалитетов в Северной Карелии.	Партнерство между городом Тампере, частным поставщиком услуг и некоммерческим поставщиком услуг.
Принципы комплексного оказания помощи	Чтобы объединить всю медицинскую и социальную помощь под единым управлением, услуги для детей и молодежи были совмещены в одной организации. Дети и молодые люди могут получить практически все услуги в одной организации и в одном месте. Семьям не обязательно знать, какие услуги им нужны, так как многопрофильная группа специалистов собирается в зависимости от ситуации.	Чтобы объединить всю медицинскую и социальную помощь под единым управлением, службы охраны психического здоровья и наркологической помощи и связанные с ними социальные службы были размещены в медицинских центрах, предоставляющих комплексные услуги первичной медицинской и социальной помощи. Специалисты из разных областей имеют собственное руководство, но работают в одном учреждении. Общий руководитель контролирует повседневные процессы работы и оказания помощи.	Задача альянса заключается в комбинировании услуг таким образом, чтобы в интересах клиентов стирались границы между услугами, организациями и профессиями. Сотрудничество основано на многопрофильной групповой работе, при которой клиент является центром, вокруг которого движутся специалисты. Раннее предупреждение, самопомощь и компьютерно-информационные услуги выделены в качестве ключевых элементов этой концепции обслуживания.
Предоставляемые комплексные услуги	В доме оказываются услуги первичной медико-санитарной помощи, услуги для детей и молодежи по охране психического здоровья (первичная и вторичная помощь), по охране материнства и детства, услуги школьного здравоохранения и социального обеспечения, услуги по защите детей и социальной работе. Услуги в городских районах организованы в специальных домах для детей и молодежи, работающих по принципу свободного посещения. Кроме того, услуги предоставляются в школах и сельских районах.	В этих центрах амбулаторную первичную медико-санитарную помощь оказывают врачи и дипломированные медсестры, кроме того, там работают медсестры, специализирующиеся в области охраны психического здоровья и наркологии, а также специалисты в области социальной помощи.	В этих центрах предоставляются услуги первичной медико-санитарной помощи, стоматологические услуги для взрослых и услуги по обеспечению поддерживаемого образа жизни для пожилых людей и инвалидов, услуги для семей и молодежи (охрана материнства и детства, работа с семьями, уход на дому, стоматологические услуги для детей и молодежи), консультации, рекомендации и ведение конкретных случаев, помощь в трудоустройстве и библиотечные услуги, а также работает общественная кофейня и проводятся другие некоммерческие мероприятия, такие как организация собраний общности.
Результаты	Положительная оценка на основании административных информационных систем: уменьшился объем работы по защите детей в учреждениях, а объем психиатрической стационарной помощи для молодежи (<17 лет) ниже среднего по стране. Научная оценка пока отсутствует.	Положительная оценка на основании опросов персонала (неопубликованных): более эффективные способы оказания помощи, сокращение времени ожидания, уменьшение числа официальных направлений к специалистам, возможность консультаций с другими специалистами. Научная оценка пока отсутствует.	Пока отсутствует.



секторов могут быть привлечены в центры первичной медико-санитарной помощи для совместной работы. Третья инициатива, которую мы описываем, представляет собой недавнюю местную инициативу, включающую создание городского центра благополучия в рамках нового процесса государственных закупок, целью которого является формирование союза между субъектами общественного, частного и некоммерческого секторов в целях обеспечения комплексного оказания помощи.

## ДОМ ДЛЯ ДЕТЕЙ И МОЛОДЕЖИ EKSOTE

Первый пример новой инициативы по комплексному оказанию помощи в Финляндии – это учреждение многопрофильного ухода для детей и молодежи, или «дом», организованное Округом социального и медицинского обслуживания Южной Карелии [*Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden*; сокращенно «Eksote»]. Как упоминалось выше, в Финляндии ответственность за организацию здравоохранения и социального обеспечения несут муниципалитеты. Однако, поскольку муниципалитеты, как правило, довольно малы, для организации здравоохранения и социального обеспечения они создали объединенные органы. Кроме того, несмотря на то, что муниципалитеты несут ответственность за стационарную помощь, этот вид помощи фактически предоставляется больничными округами, которые являются объединенными органами, принадлежащими муниципалитетам. Это означает, что первичной медицинской и социальной помощью руководят организации, которые отличаются от тех, которые руководят больницами, и поэтому она находится под отдельным управлением. Однако в последние несколько лет муниципалитеты в некоторых регионах создали региональные объединенные органы, охватывающие целые округа. Эти органы, как в случае с Eksote, финансируют и организуют практически всю медицинскую и социальную помощь в регионе и предоставляют большую часть услуг (некоторые услуги приобретаются у организаций частного и некоммерческого секторов). Такой порядок означает, что все услуги в этих муниципалитетах находятся под контролем одного и того же руководства и поэтому могут быть организованы по-новому.

Eksote отвечает за организацию услуг для 130 тыс. жителей в девяти муниципалитетах. Eksote значительно отличается от обычных органов здравоохранения и социального обеспечения в плане своей организации, а также процессов работы и оказания помощи. Одним из примеров этого является создание специального учреждения для детей и молодежи, дома детей и молодежи Eksote [*Lasten*

*ja nuorten talo*], которое предоставляет целевой группе населения многопрофильную помощь при соматических и психиатрических заболеваниях. В этом учреждении службы и специалисты объединены в одну организационную единицу с общим управлением и ресурсами первичной медико-санитарной помощи, социального обеспечения, специализированной стационарной помощи и муниципальных школьных организаций. Несмотря на то, что специалисты из клиник по охране материнства и детства, работники школьного здравоохранения и социального обеспечения (ранее ими руководила школьная организация), а также работники службы защиты детей, службы охраны психического здоровья детей и молодежи и других сфер социальной помощи работают в отдельных подразделениях внутри учреждения, они работают как одна многопрофильная группа.

Дом для детей и молодежи работает по принципу «свободного посещения», и направление специалиста для его посещения не требуется. Кроме того, посетители могут просто зайти, не зная точно, какая профессиональная помощь им необходима. Когда человек заходит в учреждение за консультацией или поддержкой, команда специалистов оценивает его потребности и затем собирает специальную группу для работы с этим человеком. Поскольку цель состоит в гибком оказании помощи, состав организованной команды и объем предоставляемых услуг зависят от потребностей клиента.

Модель обслуживания предоставляет услуги, основанные на раннем вмешательстве и адаптированные к потребностям клиента. Ожидается, что своевременная и соответствующая потребностям помощь повысит эффективность и приведет к экономии средств, даже если вначале услуги могут быть более интенсивными. Кроме того, в доме Eksote все услуги здравоохранения и социального обеспечения на начальном и среднем уровнях находятся под единым руководством. Функция руководителя заключается в содействии созданию инновационной рабочей модели оказания помощи, основанной на планомерных процессах обслуживания, в противоположность традиционным способам направления пациентов, при которых им приходится преодолевать организационные трудности. Вначале руководителем дома был медицинский специалист, но позже его сменил специалист из службы социального обеспечения.

Дом для детей и молодежи Eksote также оказался эффективным и в финансовом плане. Кроме того, снизились высокие затраты на дорогостоящие услуги по защите детей,

такие как предоставление опеки в учреждениях (19). Более того, в регионе, охватываемом Eksote, количество дней, проведенных молодыми людьми (<17 лет) в психиатрической больнице (52 дня), намного меньше, чем в среднем по Финляндии (103 дня) (20).

## ЦЕНТРЫ ЗДОРОВЬЯ И БЛАГОСОСТОЯНИЯ SIUN SOTE

Вторая инициатива по комплексному оказанию помощи, описанная в этой статье, является примером того, как специалисты из разных частей системы здравоохранения и социальной помощи были собраны в объединенных центрах здоровья и благосостояния. Siun sote представляет собой региональный объединенный орган, состоящий из 14 муниципалитетов. Он несет ответственность за предоставление всех медицинских и социальных услуг в регионе, а также за предоставление их 169 тыс. жителям Северной Карелии в восточной части Финляндии. В административном плане Siun sote аналогичен Eksote.

Финские медицинские центры обычно оказывают первичную медико-санитарную помощь всем жителям определенного района. В отличие от системы врачей общего профиля во многих европейских странах, в медицинских центрах Финляндии работает многопрофильный персонал, в том числе врачи, дипломированные медсестры, физиотерапевты, психологи и диетологи. Кроме того, медицинские центры предоставляют услуги по охране материнства и детства и услуги стоматолога, а также организуют консультации врачей по уходу на дому в рамках обслуживания пожилых людей.

Однако, несмотря на сильную административную интеграцию в медицинских центрах, процессы оказания помощи обычно недостаточно скоординированы между отдельными специалистами, которые там работают. Кроме того, хотя специалисты по психическому здоровью, наркологии и социальному обеспечению работают в тех же муниципальных организациях, что и специалисты по оказанию первичной медицинской помощи, обычно они подчиняются разным ведомствам. Поэтому специалистам первичной медико-санитарной помощи сложно координировать с ними свои действия. Для решения этой проблемы орган Siun sote создал интегрированные центры здравоохранения и социального обеспечения, в которых медики работают вместе со специалистами службы охраны психического здоровья и наркологии (обычно это медсестры, специализирующиеся в области психиатрической помощи и наркологии) и другими социальными работниками.

Различные медицинские специалисты в центре по-прежнему имеют своих собственных руководителей, но все они работают в одном учреждении, таким образом расширяя сферу первичной медико-санитарной помощи с тем, чтобы удовлетворять комплексные потребности пациентов с несколькими заболеваниями. Однако наличия общих помещений не всегда достаточно для организации практики многопрофильной работы; общее руководство требуется для того, чтобы обеспечить общие процессы оказания помощи и методы сотрудничества, а также слаженность рабочих процессов между специалистами. Таким образом, несмотря на то, что каждая профессиональная группа имеет собственного руководителя, повседневную работу и процессы оказания помощи контролирует общий руководитель.

Работа разных медицинских специалистов под одной крышей позволяет своевременно оказывать помощь и направлять клиентов непосредственно к нужному специалисту без формального направления, что приводит к сокращению времени ожидания для пациентов. С практической точки зрения работа в одном учреждении позволяет специалистам с разным опытом и подготовкой познакомиться с практикой и образом мышления друг друга. Кроме того, консультироваться с другими специалистами легче, если вы их знаете и если они находятся рядом. Помимо этого интеграция социальной работы в центрах упрощает пациентам доступ к социальной помощи.

## ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ И БЛАГОПОЛУЧИЯ В ТЕСОМЕ

Третьей описанной в этой статье инициативой по комплексному оказанию помощи является Центр здоровья и благополучия в Тесоме. Тесома – это район в Тампере, городе с населением приблизительно 230 тыс. жителей, расположенном внутри страны. Тесома находится примерно в восьми километрах к юго-западу от центра города. Население этого района составляет около 20 тыс. человек. В среднем в Тесоме социальные проблемы распространены больше, чем в других районах Тампере.

Центр здоровья и благополучия в Тесоме является примером нового типа центра благосостояния, основанного на партнерстве между субъектами общественного, частного и некоммерческого секторов в целях предоставления и интеграции медицинских и социальных услуг в рамках объединенной организации (21, 22). Этот центр был создан с помощью основанного на результатах инновационного процесса государственных закупок в 2015–2017 гг. В ходе этого процесса вместо того, чтобы заранее определять то,

каким образом будет осуществляться работа центра, различные субъекты, принимавшие участие в процессе закупок, совместно установили желаемые результаты этой работы. Концепция центра была разработана совместно с Тампере, частными компаниями и некоммерческими организациями в рамках коллективного процесса, в котором также принимали участие жители района Тесома и работники здравоохранения и социального обеспечения из Тампере. Затем были проведены торги на конкурсной основе в соответствии с согласованной процедурой с участием частных поставщиков.

Было заключено соглашение о партнерстве для предоставления услуг центра между одним из участвующих частных поставщиков услуг и городом Тампере. Альянс имеет общий контракт, общие цели и общую организацию, а также общий бюджет и общую логику получения дохода. Партнеры совместно несут риски, имеют общие прибыли и убытки, что будет стимулировать, как ожидается, интенсивную интеграцию, сотрудничество и постоянное развитие. Деятельность альянса основана на лично-ориентированном обслуживании, доверии, эффективных результатах и постоянном совершенствовании. В отношении частных поставщиков услуг в альянсе имеется система материального стимулирования с бонусами и штрафами. Например, согласно партнерскому договору, если расходы альянса соответствуют бюджетным критериям, доля частного партнера составляет 47% от сэкономленных средств. Если критерии бюджета превышены, частный партнер должен оплатить 50% от перерасходованных средств.

Все услуги, оказываемые в центре, считаются государственными услугами, предоставляемыми городом Тампере, но альянс несет совместную ответственность за горизонтальную интеграцию служб первичной медико-санитарной помощи и социального обеспечения в рамках центра. Центр оказывает два вида услуг: 1) медицинские и социальные услуги и 2) услуги по укреплению местного сообщества и взаимодействию между его жителями. Город Тампере отвечает за предоставление услуг центра для семей и молодежи (услуги по охране материнства и детства, семейная социальная помощь, уход на дому, стоматологическая помощь детям и молодым людям), а также услуг по консультированию и социальному сопровождению, трудоустройству и библиотечно-обслуживанию. Частный поставщик услуг отвечает за первичную медико-санитарную помощь и первичный прием пациентов, стоматологическую помощь для взрослых и за обеспечение поддерживаемого образа жизни для

пожилых людей и инвалидов. Третий участник, местная неправительственная организация, отвечает за общественную кофейню и другие некоммерческие мероприятия. Предполагается, что кофейня будет служить как гостиной для центра, так и местом встречи для сообщества Тесома. Помимо предоставления информации о медицинских и социальных услугах, неправительственная организация отвечает за планирование и организацию мероприятий в поддержку сообщества, а также за проведение собраний в группах для местных жителей, имеющих сходные потребности в помощи. Таким образом, центр представляет собой сервисную сеть и взаимодействует с другими медицинскими и социальными службами Тампере. Кроме того, в центре работают специалисты из централизованных служб Тампере. Также центр стремится быть средоточием культуры и досуга в районе.

Задача альянса, создавшего этот центр, заключается в новом сочетании услуг, в результате чего в интересах клиентов стираются границы между услугами, организациями и профессиями. Сотрудничество основано на многопрофильной групповой работе, при которой клиент является центром, вокруг которого вращаются специалисты. Основные услуги центра включают доступные консультации, рекомендации и ведение конкретных случаев. Раннее предупреждение, самопомощь и компьютерно-информационные услуги выделены в качестве ключевых элементов концепции обслуживания. Клиенты делятся на сегменты по профилям потребностей: дети, молодежь и семьи, взрослые трудоспособного возраста и пожилые люди. В этих основных сегментах профили клиентов были определены с помощью средства для разработки услуг.

Успешность альянса будет оцениваться на основании результатов и эффективности. Цели в отношении эффективности, определенные для услуг, включают, например, улучшение здоровья, снижение числа стоматологических заболеваний, снижение заболеваемости среди детей и молодежи, повышение взаимодействия между жителями, снижение безработицы и повышение навыков поиска и использования информации. Результаты, определенные для центра, включают, например, экономически эффективное оказание услуг, методы обновления и развития, соблюдение рамок предопределенных бюджетных ограничений в течение 10-летнего договора, постоянное и открытое развитие обслуживания, высокую удовлетворенность пользователей услугами центра и увеличение количества пользователей в течение срока действия договора.

Несмотря на то, что центр здоровья и благополучия в Тесоме был открыт в апреле 2018 г., эффективность и результаты его работы еще не оценены. Однако ключевая задача, ориентированная на клиентов центра, заключается в том, как наилучшим образом интегрировать оказываемую им помощь для обеспечения бесперебойного и своевременного обслуживания в центре и в других государственных службах.

## ОБСУЖДЕНИЕ

В целом финская система здравоохранения демонстрирует хорошие результаты по сравнению с мировыми показателями, а ее качество и эффективность обычно оцениваются как высокие. Однако фрагментированность системы здравоохранения отрицательно сказалась на эффективности первичной медико-санитарной помощи, по крайней мере в некоторых регионах (13). Кроме того, неблагоприятные демографические и экономические тенденции, связанные со старением населения и сельско-городской миграцией, пагубно сказавшиеся на многих сельских муниципалитетах, ставят сложные задачи перед возможностями финской системы здравоохранения и социального обеспечения. В Финляндии широко поддерживается необходимость реформы здравоохранения и социального обеспечения, которая бы консолидировала фрагментированную административную и финансовую структуру здравоохранения и социального обеспечения и создала более крупные органы для организации предоставления услуг. Помимо этой финансовой и административной интеграции, комплексное оказание помощи рассматривается как возможный способ удовлетворения растущих и меняющихся требований к системе здравоохранения и социального обеспечения.

Административная и финансовая консолидация и комплексное оказание помощи также являются отправной точкой в предложенной правительством реформе, которая в настоящее время обсуждается в финском парламенте. Если правительственные законопроекты о реформе законодательства будут приняты в парламенте, юридическая ответственность за организацию социальной и медицинской помощи будет передана из муниципалитетов в 18 новых округов. Так же как и пилотные проекты Eksote и Siun sote, новая административная структура будет оказывать поддержку организациям здравоохранения и социального обеспечения в реализации новых моделей комплексного оказания помощи. Тем не менее

предложение правительства также включает в себя меры, которые могут быть спорными с точки зрения улучшения интеграции услуг. Они связаны с предложениями по внедрению рыночной модели выбора поставщика услуг для оказания первичной медицинской помощи и ухода за пожилыми людьми, при этом государственные и частные организации будут работать и предоставлять услуги на равных условиях. В зависимости от того, в какой степени эти предложения будут реализованы, реформа может фактически препятствовать возможностям округа предоставлять услуги на основе принципов комплексного оказания помощи. Однако, поскольку предложение правительства, особенно те части, которые ведут к приватизации медицинских и социальных услуг, подверглось резкой критике, неясно, будет ли оно принято парламентом или даже вынесено на голосование.

В приведенных здесь примерах комплексного оказания помощи два объединенных региональных органа, отвечающие за медицинские и социальные услуги, Eksote и Siun Sote, работают так же, как будут работать предлагаемые округа. Эти примеры показывают, что если скоординированы процессы принятия решений и управления всей структурой обслуживания, то можно изменить текущее предоставление услуг на уровне организации, чтобы обеспечить бесперебойную цепочку услуг. Таким образом могут быть разрушены стены между социальными службами и здравоохранением, а также между первичной медико-санитарной помощью и специализированной медицинской помощью.

С другой стороны, создание подобных организаций не является единственным путем к новым моделям обслуживания. Выстроить систему комплексного оказания помощи поверх организационных барьеров вполне возможно. Объединение разных служб под одной крышей может помочь в этом процессе, но совместная работа требует запланированных процедур и координации повседневной деятельности. Она также требует изучения работы друг друга и индивидуального знакомства со специалистами.

Модель альянса, представленная центром здоровья и благополучия в Тесоме, была опробована как способ предоставления медицинской и социальной помощи посредством сотрудничества нескольких поставщиков услуг как из государственного, так и частного сектора. Многие национальные и местные эксперты сочли модель Тесомы перспективной и потенциально изменяемой для предлагаемой новой финской системы социального обеспечения



и здравоохранения. Ее основная идея партнерства проста и легко адаптируется к различным местным условиям в Финляндии. В других местах в Финляндии были созданы в целом аналогичные центры, включающие нескольких поставщиков услуг, но, в отличие от центра здоровья и благополучия в Тесоме, они не основаны на модели партнерства.

В заключение, пилотные проекты по комплексному оказанию помощи, реализованные в Финляндии, оказались осуществимыми, и многие предварительные результаты этих проектов были в основном положительными как для поставщиков медицинских и социальных услуг, так и для клиентов. Поскольку использование здравоохранения и социальной помощи в Финляндии очень неравномерно (10% населения несет расходы за использование 80% услуг), важно предоставлять медицинские услуги, которые способны эффективно и действенно удовлетворить комплексные потребности пациентов.

**Выражение признательности:** не заявлено.

**Источники финансирования:** работа над этой статьей частично финансировалась Советом стратегических исследований Академии Финляндии (грант № 303605), но Совет не принимал участия в разработке статьи, сборе данных, результатах или решении о публикации.

**Конфликт интересов:** не заявлен.

**Ограничение ответственности:** авторы несут самостоятельную ответственность за выраженные в этой публикации мнения, которые необязательно отражают решения или политику Всемирной организации здравоохранения.

## БИБЛИОГРАФИЯ<sup>4</sup>

1. Vuorenkoski L, author, Mladovsky P, Mossialos E, editors. Finland: health system review. *Health Syst Transit* 2008;10:1–168.
2. GBD 2016 Healthcare Access and Quality Collaborators. Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* 2018;391:2236–71. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30994-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30994-2).
3. Ministry of Social Affairs and Health. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön uudistaminen. Peruslinjauksia valmistelevan työryhmän loppuraportti [Реформирование законодательства по организации, развитию и контролю в области медицинской и социальной помощи. Заключительный отчет рабочей группы, составившей основные положения]. Reports and Memorandums of the Ministry of Social Affairs and Health 2011:7. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health; 2011 (<https://stm.fi/documents/1271139/10139132/Yleisperustelut.pdf/4a8b42ec-289b-4a22-b1bd-147122b18a9e/Yleisperustelut.pdf.pdf>).
4. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. Finland: Country Health Profile 2017. State of Health in the EU. Paris: OECD Publishing/Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies; 2017.
5. Saltman BR, Teperi J. Health reform in Finland: current proposals and unresolved challenges. *Health Econ Policy Law* 2016;11: 303–19. <https://doi.org/10.1017/S1744133116000013>.
6. Vuorenkoski L. Restructuring municipalities and municipal health services in Finland. *Eurohealth* 2007;13:8–10.
7. Raivio R, Jääskeläinen J, Holmberg-Mattila D, Mattila KJ. Decreasing trends in patient satisfaction, accessibility and continuity of care in Finnish primary health care: a 14-year follow-up questionnaire study. *BMC Fam Pract* 2014;15:98. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-15-98>.
8. Liberati EG, Gorli M, Scaratti G. Invisible walls within multidisciplinary teams: Disciplinary boundaries and their effects on integrated care. *Soc Sci Med* 2016;150:31–9. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.12.002>.
9. Maslin-Prothero SE, Bennion AE. Integrated team working: a literature review. *Int J Integr Care* 2010;10:e043.
10. Couffinhal A, Cylus J, Elovainio R, Figueras J, Jeurissen P, McKee M et al. International expert panel pre-review of health and social care reform in Finland. Reports and Memorandums of the Ministry of Social Affairs and Health 2016:66. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health; 2016 ([https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/79070/RAP\\_2016\\_66.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/79070/RAP_2016_66.pdf?sequence=1&isAllowed=y)).
11. Sinervo T, Tynkkynen L-K, Vehko T. Mitä kuuluu perusterveydenhuolto? Valinnanvapaus ja integraatio palveluiden kehittämisen polttopisteessä [Как дела, финский медицинский центр? Свобода выбора и интеграция услуг как основные цели развития]. Report 16/2016. Helsinki: National Institute for Health and Welfare; 2016.
12. Jolanki O, Tynkkynen L-K, Sinervo T. Professionals' views on integrated care. *J Integr Care* 2017;25:247–55. <https://doi.org/10.1108/JICA-06-2017-0018>.

<sup>4</sup> Все ссылки приводятся по состоянию на 18 декабря 2018 г.



13. Kokko S. Towards fragmentation of general practice and primary healthcare in Finland? *Scand J Prim Health Care* 2007;25:131–2. <https://doi.org/10.1080/02813430701576482>.
14. Kokko S. Integrated primary health care: Finnish solutions and experiences. *Int J Integr Care* 2009;9:e86.
15. Tynkkynen L-K, Alexandersen N, Kaarboe O, Anell A, Lehto J, Vrangbaek K. Development of voluntary private health insurance in Nordic countries: an exploratory study on country-specific contextual factors. *Health Policy* 2018;122:485–92. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.03.008>.
16. Tynkkynen L-K, Keskimäki I. Finland: Health Policy Updates: Health and social service reform draft goes back to the Parliament. In: *The Health Systems and Policy Monitor* [website]. Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies; 2017 (<https://www.hspm.org/countries/finland21082013/countrypage.aspx>).
17. Keskimäki I, Heponiemi T, Sinervo T. Striving for integrated care and efficiency in Finland: country-wide and local skill-mix innovations. In: Glinos I, Sagan A, Wismar M, eds. *Skill-mix innovations in primary and chronic care: mobilising patients, peers, professionals*. Observatory Studies Series. Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies (в печати).
18. COPE. COPE: Competent workforce for the future [website]. Helsinki: COPE; 2018 (<https://www.stncope.fi>).
19. Miettinen V. Lasten ja nuorten talo näyttää suuntaa [Дом для детей и молодежи указывает направление]. *Kuntalehti* 2017;25: 46–9.
20. Sotkanet.fi: statistical information on welfare and health in Finland. Helsinki: National Institute for Health and Welfare; 2018 (<https://sotkanet.fi/sotkanet/en/index>).
21. City of Tampere. *Tesoman Hyvinvointikeskuksen palvelut: allianssikumppanusmalli*. [Услуги Центра здоровья и благополучия в Тесоме: партнерская модель альянса] Tampere: Tampereen kaupunki; 2016 (<https://www.innokyta.fi/documents/1906667/e12810ec-5055-44bb-b8e7-9fda3b9bc428>).
22. City of Tampere. *Tesoman hyvinvointikeskus* [Центр здоровья и благополучия в Тесоме]. In *City of Tampere* [website]. Tampere: Tampereen kaupunki; 2018 (<https://www.tampere.fi/tampereen-kaupunki/yhteystiedot-ja-asiointi/alueelliset-palvelut/tesoman-hyvinvointikeskus.html>). ■

## REVIEW

# Towards evidence-informed integration of public health and primary health care: experiences from Crete

Christos Lionis<sup>1,2</sup>, Elena Petelos<sup>1</sup>, Sophia Papadakis<sup>1,3</sup>, Ioanna Tsiligianni<sup>1</sup>, Marilena Anastasaki<sup>1</sup>, Agapi Angelaki<sup>1</sup>, Antonis Bertias<sup>1</sup>, Enkeleint Aggelos Mechili<sup>1</sup>, Maria Papadakaki<sup>1,4</sup>, Dimitra Sifaki-Pistolla<sup>1</sup>, Emmanouil Symvoulakis<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Clinic of Social and Family Medicine, School of Medicine, University of Crete, Crete, Greece

<sup>2</sup>Institute of Medicine and Health, Linköping University, Sweden

<sup>3</sup>Division of Prevention and Rehabilitation, University of Ottawa Heart Institute, Ottawa, Canada

<sup>4</sup>Technological Educational Institute of Crete, Crete, Greece

Corresponding author: Christos Lionis (email: lionis@galinos.soc.med.uoc.gr)

## ABSTRACT

“Integrated health care” is a concept that is frequently discussed and has received significant attention internationally. In particular, the integration of public health into primary health care has received much attention over the past two decades. However, despite this, integrated health care, encompassing public health, primary health care and evidence-based practice, largely remains a neglected area in many European settings. Many aspects pertaining to the operationalization and implementation of these concepts remain unresolved, particularly in settings where primary health care is under development or where reform is underway. The aim of this article is to share the experiences of the Clinic of Social and Family Medicine (CSFM) at the University of Crete School of Medicine in this area over the

past decade, in terms of insights gained through research, capacity-building efforts and practice focused on addressing major public-health issues in primary-care settings. We provide a brief overview of how data about health-care delivery, collected from capacity-building and research initiatives, can facilitate effective planning and implementation of the primary-care reform that is currently unfolding in Greece. We believe this information shows how to best design and rapidly test evidence-based approaches for the operationalization and implementation of integrated health care, approaches that can serve to address public-health priorities, improve the health and well-being of the population and support evidence-informed policy-making, in Greece and in settings similar to Greece.

**Keywords:** INTEGRATED HEALTH CARE, PRIMARY HEALTH CARE, RESEARCH, GREECE, ALMA-ATA, ASTANA, DECLARATION

## INTRODUCTION

“Integrated health care” is a concept that is frequently discussed and has received the attention of many researchers and policy-makers internationally (1). The Framework on integrated people-centred health services, which was adopted with overwhelming support by the Member States at the sixty-ninth World Health Assembly, defined “integrated health services” as health services that are managed and delivered so that people receive a continuum of health promotion, disease prevention, diagnosis, treatment, disease-management, rehabilitation and palliative care services, coordinated across the different levels and sites of care within and beyond the health sector, and according to their needs throughout the life course (2).

Specifically, integrating public-health priorities into primary-care practice and research has received much attention over the past two decades, particularly when proactive models of practice are being discussed. Data suggest such integrated delivery systems can play an important role in improving the quality of care and health outcomes (3–6).

Fifteen years ago, upon establishing its strategic priorities in a landmark report on primary health care, WHO noted the importance of “community participation and intersectoral collaboration ... [as] many health issues ... cannot be effectively addressed by health systems working in isolation” (7). Given the need to improve surveillance and reinforce disease prevention to safeguard public health, this report emphasized the need for intersectoral collaboration, shared goal setting and priority alignment. The proposed model focused on the involvement

of intersectoral stakeholders and on building collaborative mechanisms across levels to ensure relevance of group interventions, while at the same time giving more prominence to public-health professionals in primary health care. Given the difficulties of addressing inequalities and meeting health goals even in developed nations, the model identified the importance of efforts to strengthen public health as a key component of primary health care when planning structural changes within health systems, with a vision of having public-health specialists working closely with primary-care teams and local communities to “complement the dominating clinical approach with population-based approaches” (7). The report also highlighted the importance of developing the public-health skills of primary-care professionals, with an emphasis on changing health-related behaviours and attitudes in the communities served by primary-care teams.

Despite the significant interest in and discussion of this topic, integrated health care, encompassing public health, primary health care and evidence-based practice, largely remains a neglected area in many European settings. This is particularly true in settings where primary health care is under development or where structural reform is being discussed or is currently unfolding, as is the case in Greece.

There has been a great deal of discussion and debate regarding attempts to reform primary health care in Greece over the past decade. In 2009 Lionis and colleagues reported on the importance of integrated health care as one of the core building blocks for primary health care in Greece, noting that primary health care in the country was in its infancy and highlighting that major structural changes within the current national health system, along with significant changes to the organizational culture, were key elements for moving towards integrated health care (8). This was followed in 2015 by an important report in which Tsiachristas and colleagues offered guidance on developing an evidence-informed action plan for implementing integrated health care in Greece, at a time when Greece undergoing severe austerity measures (9). Subsequently, primary-care legislation encompassing elements of integrated health care was enacted in Greece in 2017, with a strong focus on decentralization and the establishment of multidisciplinary teams that would be empowered at the community level through the introduction of a referral system with a common patient record, with the primary-care physician acting as the coordinator of care (10). The national primary-care reform action plan for Greece (11) also included efforts to implement team-based work in urban areas.

However, despite these recent attempts at reform, public health is still separate from primary health care in Greece, and the concept of integrated health care largely remains rhetoric. Of critical importance is the fact that there is no structural framework for collaboration between primary health care and public health on critical population-health issues, including major noncommunicable diseases, and minimal opportunities to implement population-based approaches. Nonetheless, there is some indication from system planners that consideration is now being given to how to better support the integration of public health into the primary-care reform plans currently unfolding in Greece.

As we celebrate the fortieth anniversary of the Alma-Ata Declaration (12) and with the key statements of the Astana Global Conference (13) highlighting the need to empower people and communities as owners of their health and ensure the provision of strong public health and primary health care, the core of integrated health care, throughout their lives, it seems timely to explore how integrated health care can be delivered in a country that is still struggling to develop a comprehensive and effective primary-care system.

The Clinic of Social and Family Medicine (CSFM) at the University of Crete School of Medicine has been a leader in both training and research to support quality improvement in primary health care in Europe, focusing on the integration of public-health priorities and interventions into primary health care while taking into consideration the need to rapidly develop skills in a cost-effective and context-relevant manner. The CSFM offers teaching and research opportunities to undergraduates and postgraduates, as well as continued professional training in areas of primary health care and public health, with extensive involvement in many large European research and capacity-building initiatives. In addition, by generating and evaluating educational and capacity-building tools, the CSFM provides data to inform planning for regional and local service delivery, as well as the national public-health agenda.

The aim of this article is to share experiences gained from research and capacity-building projects and programmes carried out by the CSFM over the past decade, translating this local experience into policy recommendations. Lessons learned include how to best design and test evidence-based approaches towards integrated health care. Each of the initiatives we will discuss has resulted in the development of tools for capacity-building and in data that can inform policy-makers about how to develop local, regional and, for targeted initiatives, national-level agendas. Our approach was informed by real-world data

on health needs, not just for Crete but also for other regions of Greece, through collaborative research projects. Thus, it is particularly relevant for informing effective planning and implementation of the unfolding primary-care reform in Greece, a country where public health and primary health care are currently not operationally integrated or even aligned in terms of effective agenda setting. In addition, it potentially can inform primary-care reform in other countries that are facing similar challenges.

## METHODS

### SETTING AND SITUATIONAL ANALYSIS

In Greece, there is a lack of data on primary health care; in addition, there are no national population-based registries and this impedes to a great extent the design and implementation of interventions suitable for addressing the health-care needs of the population. Nonetheless, data from Crete indicates that there has been a large increase in morbidity, mortality and risk factors for chronic disease in its historically healthy population (14, 15). Screening for early recognition of certain chronic illnesses, such as cardiovascular disease, cancer, mental disorders (16) and dementia (17), is not included as part of primary health care in Greece, while prevention and health promotion have not received the attention they warrant (18). Intimate partner violence, another social phenomenon with a public-health impact, has been increasingly acknowledged in recent years; however, screening and interventions for this issue are still infrequent in primary health care in Greece (19, 20).

### INFRASTRUCTURE AND RESOURCES USED

The CSFM has attempted to build the necessary capacity to assess the health-care needs of the population of Crete (~623 000 people) and conduct a comprehensive analysis of primary-care services in urban and rural settings across the island. To achieve this rather ambitious goal, the CSFM worked on the development and establishment of a population-based cancer registry, and several projects have been implemented to document the burden of chronic illness and risk factors in Crete. In addition, a practice-based research network was developed to bring together university research activities and primary-care practices. The network supports collaboration between urban and rural primary-care practices, the CSFM and the hospital at the University of Crete, and aims to enhance the available research capacity and be used as a vehicle to conduct research and support the translation of the resulting knowledge into real-world primary-care settings. To this end, the network has played a key role in several

quality-improvement initiatives, including the development and integration of new IT tools to aid the uptake of evidence into practice, and played a key role in the Cretan Guidelines Review Group (see <https://www.cgrrg.gr>) for the retrieval and appraisal of evidence and to promote a culture of evidence-based practice across the health-care settings it supports.

The CSFM has also participated in several European and international research and capacity-building consortia which brought together primary-care and public-health researchers and practitioners in national and multinational projects. In addition, substantial effort has been dedicated to the design and implementation of several research and innovative capacity-building projects primarily funded under programmes from the European Commission. This work has mainly focused on noncommunicable diseases, particularly cardiovascular diseases; cardiometabolic diseases, including obesity and diabetes mellitus; cancer; respiratory diseases; tobacco use and nicotine dependence; dementia and neurodegenerative diseases; and mental health and psychosocial issues. The CSFM has also worked extensively on developing programmes for rapid capacity-building to meet the needs of refugees and migrants (cross-cultural health), including needs pertaining to mental health, noncommunicable diseases and maternal outcomes. These chronic conditions and issues represent the major public-health threats to the Greek population, as identified in a recent WHO report (21) and in other reports published during the austerity period (22). In addition to characterizing the epidemiology of these diseases and conditions, the CSFM has studied their underlying health determinants, particularly smoking, alcohol consumption, obesity and other lifestyle issues, with a specific focus on supporting the integration of public-health interventions for these areas in primary health care.

### PLANNING APPROACHES AND THEORETICAL FRAMEWORKS USED

The CSFM has previously reported on a 10-step approach to designing and conducting primary-care research in countries with restricted resources. In this approach, which was developed and applied in Crete (23), an initial assessment of the health needs of the population provides the cornerstone for planning and implementing context-relevant quality-improvement and research initiatives. On the basis of this information, research and capacity-building programmes can then be selected, designed and implemented to specifically address those needs.

Multiple theoretical frameworks and tools, including models, theories and approaches based on emerging evidence from

other settings, have been used to inform the CSFM's research into ensuring that population-level health interventions are relevant to the local context and to the community's needs and preferences. One model that was used was the chronic care model, which encompasses (a) facilitated community support, informal family support and self-management support to meet the needs of patients, (b) health-system improvements and delivery-system design to meet the needs of the health-care professionals and (c) enhanced professional case management and family support, together with decision support and robust clinical information systems (24). In addition, participatory and learning action (25, 26), normalization process theory (27), the health belief model (28) and the theory of planned behaviour (29) have all been used by the CSFM in various research and capacity-building projects, to guide both planning and the translation of data into action and to align European and national health priorities to the local needs of people living on Crete.

Using the data and experience gained from these research initiatives, the CSFM has created educational modules and tools to support the translation of knowledge to both individuals and communities and to enable links between public health and primary health care (8). In the context of this effort, multiple stakeholders, including the regional administrative and health-care authorities, were engaged in a systematic manner across the region, and a significant effort has been made to empower practitioners and researchers via training initiatives designed to equip them with new skills, including behaviour change techniques.

## RESULTS: LESSONS LEARNED FROM THE CSFM'S INITIATIVES

The key findings from the CSFM's initiatives are summarized below. For detailed information about selected initiatives of the CSFM, including some of the assets that these initiatives have created, see Annex, which appears at the end of the article.

### CARDIOVASCULAR AND CARDIOMETABOLIC DISEASES

A study<sup>1</sup> conducted in several primary-care practices in Crete and including 815 primary-care patients who were 40 years of

<sup>1</sup> Unpublished information from Anastasaki M, Papadakis S, Linardakis M, Anyfantakis D, Symvoulakis EK, Lionis C. Prevalence of metabolic syndrome and cardiovascular risk in primary care patients in Greece: a red flag for screening, prevention and treatment. *BMC Fam Pract* (manuscript currently under review).

age or older showed that there was a high prevalence (73.6%) of metabolic syndrome (as defined by the NCEP-ATP III criteria) among the participants;<sup>2</sup> in addition, 13.4% of the participants were classified as being in the highest category for cardiovascular-disease risk (as determined by the European Society of Cardiology's cardiovascular-disease risk assessment system SCORE; SCORE  $\geq$ 10%).<sup>3</sup> Moreover, abdominal obesity was observed in over 60% of the patients, while 41% had diabetes. As part of this project, a comprehensive database was developed and populated with the cardiovascular profiles of all the primary-care patients in this study.<sup>4</sup>

In response to the high rates of cardiovascular risk and the risk factors identified in the study, the CSFM went on to participate in the SPIMEU project, a European project supported by the Consumers, Health, Agriculture and Food Executive Agency (CHAFEA) of the European Commission (see Annex) (30, 31). This capacity-building project sought to adapt and develop evidence-based primary-care tools to support the implementation of screening, education and intervention for the prevention and management of cardiometabolic diseases. The project showed that one of the biggest challenges for the implementation of an effective screening programme was the process of inviting individuals for risk assessment; in addition, it highlighted the importance of tailoring the implementation of selective cardiometabolic prevention in primary health care to the national context (32).

One of the key outcomes of the SPIMEU project was the creation of a screening toolkit developed on the basis of the knowledge and the experience acquired during the project. The toolkit is now ready to be implemented in public-health programmes, to assist in the early recognition of cardiovascular-disease risk and facilitate effective management of the disease (see Annex).

<sup>2</sup> According to the NCEP-ATP III criteria, developed in 2001 by the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults, Adult Treatment Panel III (ATP III), metabolic syndrome is indicated when any three of the following five conditions are present: hyperglycaemia, central obesity, hypertriglyceridaemia, atherogenic dyslipidaemia (low levels of HDL cholesterol) and hypertension (for further information, see Third report of the National Cholesterol Education Program Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). NIH Publication 01-3670. Bethesda: National Institutes of Health; 2001).

<sup>3</sup> SCORE (Systematic COronary Risk Evaluation), developed in 2003, estimates the likelihood of fatal cardiovascular disease occurring in a ten-year period; it is based on gender, age, smoking, systolic blood pressure and total cholesterol (for further information, see Conroy RM, Pyörälä K, Fitzgerald AE, Sans S, Menotti A, De Backer G, et al. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project *Eur Heart J* 2003;24:987–1003).

<sup>4</sup> See Footnote 1.



## OBESITY, PHYSICAL INACTIVITY AND DIABETES

The CSFM had a strong involvement in the MEDIS (MEDiterranean Islands Study) study, a longitudinal study of the health and nutrition of people aged 65 and over in the Mediterranean islands. This study provided thorough insights and novel data regarding the prevalence of obesity, physical activity and diabetes in the elderly population in Crete and other islands and has documented the relationships of these with sociodemographic, clinical and lifestyle characteristics (33–36). The numerous health benefits of adherence to the Mediterranean diet have been also reported by the MEDIS study (37).

## CANCER

In Crete, cancer incidence and mortality statistics are systematically collected by the population-based Cancer Registry of Crete (CRC; <https://www.crc.uoc.gr>), which is coordinated by the CSFM (see Annex). The data indicate that there has been a significant increase in the number of all cancers in Crete over the last two decades (38–42). Notably, malignant neoplasms of the lung and bronchi are the most common invasive cancers for both women and men in Crete, with new lung cancer cases accounting for 9% of all cancers; the age-standardized incidence rate for lung cancer in Crete is 40.2/100 000/year, with the rate for men being 73.1/100 000/year, and that for women being 11.8/100 000/year. The steady rise in the lung cancer rate during the last two decades, particularly in women, outlines the need for targeted, geographically oriented, lifestyle preventive measures for lung cancer in Crete (41). Additionally, lung cancer mortality has been found to be strongly correlated to multiple morbidity, family cancer history and exposure to outdoor air pollution, and several hot spots of high incidence within the island have been identified (38).

## RESPIRATORY DISEASES

A range of studies has been implemented in Crete within the framework of the FRESH AIR programme, which is funded by the European Union (EU) research and innovation programme, Horizon 2020 (43) and which aims to document challenges associated with the provision of respiratory care by primary-care services in Crete, with these challenges serving as potential targets for quality improvement (see Annex). This project was implemented under the auspice of the International Primary Care Respiratory Group, which has for a long time supported the integration of public health into primary health care in Europe. It is expected that the results of this project will be published next year. However, preliminary data indicates that educational interventions targeting primary-care providers

and the public may have substantial impact for patient/community mobilization and the promotion of behavioural changes, and that multidisciplinary collaborations involving the active participation of patients, such as pulmonary rehabilitation programmes, may be feasible, acceptable and economical for local health-care systems.

## TOBACCO USE AND NICOTINE DEPENDENCE

Tobacco use is among the leading causes of preventable death, disability and health-care spending in Greece and is a leading cause of the major chronic diseases affecting the population. The TiTAN-Crete (Tobacco treatment TrAining Network in Crete) project, a knowledge-translation initiative led by the CSFM in partnership with the University of Ottawa Heart Institute, documented very high rates of tobacco use, daily cigarette consumption and nicotine addiction among primary-care patients in Crete, as well as showing a relationship between tobacco use and mental health (44). The initial pilot study, which focused on general practitioners (GPs) in Crete, documented significant increases (25–48%) in rates of evidence-based treatment following exposure of the GPs to the TiTAN-Crete training programme (see Annex) (45). Based on this positive experience, the TiTAN Greece & Cyprus project was launched in 2017 to support a national scale-up of the tobacco treatment training programme and disseminate a toolkit of resources for supporting the integration of evidence-based tobacco treatment into busy primary-care practices, in collaboration with six medical schools from across Greece and Cyprus and with funding support from Global Bridges<sup>5</sup> (see Annex) (46). Consequently, the TiTAN-Crete project is an excellent example of how the CSFM can work in partnership with international experts to adapt and successfully implement an existing best-practice model (in this case, the Ottawa Model for Smoking Cessation) that can now serve as a national best practice in primary health care (47).

## DEMENTIA AND OTHER AGE-RELATED NEURODEGENERATIVE DISEASES

The CSFM's THALIS project has contributed to the development and implementation of several tools that can be used in primary-care settings for the assessment of cognitive status, while at the same time providing evidence that

<sup>5</sup> Global Bridges is "a science-based initiative ... connecting and mobilizing health care professionals and organizations dedicated to advancing effective tobacco dependence treatment and advocating for proven tobacco control policies" (from Global Bridges. About us. In: Global Bridges [website]. Rochester, MN: Mayo Clinic; 2018 (<https://www.globalbridges.org/about-us/#.XAvxHjGYTIU>, accessed 7 December 2018)).

dementia and other age-related neurodegenerative diseases such as Alzheimer's disease continue to be neglected areas in primary health care and pose significant threats to public health. For example, data from the THALIS project found that one out of five primary-care visitors aged 60 and over had low scores for the Mini Mental State Examination (MMSE). In addition, twice as many women as men had low MMSE scores, indicating that women were more vulnerable to age-related cognitive impairment, which was associated with a variety of risk factors, including lifestyle factors as well as certain comorbidities (48). In addition to the MMSE, other diagnostic tools for the assessment of cognitive status have been identified by the THALIS project as being suitable for use in clinical practice routines in primary-care settings (49, 50).

## MENTAL HEALTH AND PSYCHOSOCIAL PROBLEMS IN PRIMARY HEALTH CARE

Mental-health problems are extremely prevalent worldwide and are responsible for immense suffering, poor quality of life, increased mortality and staggering economic and social costs. To address the issue of mental health and psychosocial problems in Crete, the CSFM has developed DEPREXIS, an electronic platform that will assist GPs and primary-care nurses in identifying common mental-health disorders so that suitable psychological support can be provided. DEPREXIS electronic platform is now ready and will be implemented in 10 primary-care practices in Crete. In anticipation of this, the CSFM has also prepared a training course for users of the platform.

Migrants' mental health has been another topic that received great attention in research and intervention projects carried out by the CSFM. Within the framework of a CHAFEA project entitled the EUR-HUMAN (EUropean Refugees-HUMAN Movement and Advisory Network; see "Primary care for refugees and migrants" for more details), an educational module was developed for use by primary-care practitioners, including a set of tools for rapid assessment of the mental health and psychosocial needs of refugees and (<http://eur-human.uoc.gr>) (51). Key mental-health problems identified among refugees and migrants included depression, insomnia and anxiety (52). In addition, the project contributed significantly to the development and enhancement of capacity-building for staff in community-oriented primary-care centres and other primary-care settings for the care of refugees and migrants in EU countries. Qualitative research carried out as part of another EU collaborative project,

the RESTORE project (see Annex),<sup>6</sup> also identified the significance of mental-health illness in primary health care among undocumented migrants in Greece. The mental-health problems most frequently encountered among migrant users in Greek primary health care were depression and anxiety disorders, acute stress reactions, post-traumatic stress disorders, chronic alcohol and other substance abuse, and domestic violence (53). A number of health-policy gaps and shortcomings in health-care provision were also identified, such as a lack of practice guidelines and protocols, leading to role ambiguity among health-care professionals (53).

CSFM has also led the effort to translate the PREMIS (Physician Readiness to Manage Intimate Partner Violence) survey into Greek and tested the survey's validity and reliability among a sample of primary-care physicians. One important result of this work was the identification of factors underlying why GPs have difficulties in effectively addressing domestic violence among their patients; these factors include role ambiguity in the management of the victimized patients, a lack of confidence in diagnosing the problem, discomfort in discussing intimate partner violence with patients, mistrust in the referral services, and confidentiality issues affecting recording practices (54). Upon recognition of the training needs of GPs, the CSFM designed an evidence-based educational intervention to increase the knowledge of GPs in domestic violence issues and improve their skills in effectively responding in this area (55,56).

As psychosocial problems are associated with a high mental-health burden and a high demand for medical care in primary-care practices, the CSFM has also attempted to identify factors that are protective against psychosocial and mental-health problems. In the Spili III project, the Beck Depression Inventory Scale, the Royal Free Interview for Spiritual and Religious Beliefs scale and the Sense of Coherence scale were used to explore the psychosocial dimensions of life with depression. The results revealed that psychosocial determinants may play an important role in the course of disease progression for several diseases, including cardiovascular disease (57).

## PRIMARY CARE FOR REFUGEES AND MIGRANTS

The EUR-HUMAN project, mentioned above, was an EU capacity-building project led by the CSFM for the provision of

<sup>6</sup> The RESTORE project "focuses on optimising medical and psychosocial primary care for migrants in Europe with a particular focus on communication in cross-cultural consultations" (from RESTORE. Mission statement. In: RESTORE [website]. Galway: National University of Ireland Galway; 2018 (<http://fp7restore.eu/index.php/en/about-restore/mission-statement>, accessed 8 December 2018)).

effective, integrated and compassionate health-care delivery for refugees and migrants (52, 58). This project was informed by an initial qualitative study which offered important insights regarding the health needs, preferences and wishes of refugees and newly arrived migrants and taking into consideration the barriers they encountered to accessing health care. The impact of the EUR-HUMAN project extended well beyond the short duration (one year) of this capacity-building project with (a) the development of competencies of primary-care professionals, (b) the systematic empowerment of primary-care professionals by giving them the means and tools to care for refugees and newly arrived migrants, thus quickly and efficiently increasing capacity in terms of expertise and resources, (c) the provision of evidence to inform the relevant health-care policy-makers and (d) the development of tools for brokering dialogue with stakeholder groups (51). The project involved several EU countries and resulted in the development of a toolkit and online resources for primary-care professionals (see Annex) (51, 52).

The EUR-HUMAN project highlighted many systemic shortcomings in primary health care pertaining to migrant health care in Greece, for example, the absence of clear policies on entitlement to care and legal restrictions on health-care access for marginalized migrants, particularly undocumented migrants and refused asylum seekers, and the structural barriers to health-care access for these groups (these barriers were also identified as part of the key findings of the RESTORE project; see Annex) (53, 59–61). The data indicate that, to address these shortcomings, developing the skills of primary-care professionals in the two critical areas of mental health and maternal and child care should be prioritized; in addition, cultural and linguistic competence is needed in order to establish the necessary communication channels and develop relationships and/or good rapport with the affected groups.

## DISCUSSION

In this article, we shared experiences gained from research projects carried out by the CSFM in Crete. We have attempted to demonstrate the need for integrated health care with a focus on public-health priorities and interventions with the ultimate goal of providing output for evidence-informed policy-making. Through our description of numerous research initiatives carried out by the CSFM, we aimed to demonstrate how integrated health care could substantially contribute to recognition of the burden generated by the major chronic diseases, and the problems encountered in primary-care delivery. The models we used in Crete have facilitated the translation of evidence into practice, and we hope that the

data generated will contribute to the current discussion on the integration of public health into primary health care in Greece.

Towards this end, one important task for the CSFM was building capacities and relevant infrastructure to facilitate both research and clinical work in primary health care. One of these actions was the establishment of the CRC. It succeeded in delivering, to both stakeholders (local governments, health planners, specialists, researchers, the general public) and primary-care providers, tools to facilitate effective implementation of integrated health care. The CRC offers a digital monitoring system to identify high-risk populations and communities, examine hypotheses regarding causation and inform proposals for targeting public-health measures to address cancer risk and incidence, and is of equal value to primary-care practitioners and practitioners at other levels of care, as well as other stakeholders. Understanding local trends and patterns in order to assist primary-care practitioners in making early diagnoses based on probabilistic medicine and optimize family support and advice by taking into consideration people's needs and preferences (including the stigma associated with cancer, as this still exists in many settings), ethnicity and age, as well as other demographic characteristics is of critical importance in health-care delivery. In addition, by correlating data from smaller communities and identifying clusters, the CRC can help identify high-risk populations, particularly in remote or rural areas where early detection may prove particularly challenging. It can also better support resource allocation and inform national policy and acute-care planning.

Another important outcome emerging from the CSFM's work has been the development of evidence-based educational tools and training models that align with local population-health needs and address current challenges by empowering practitioners to screen for, identify and manage noncommunicable diseases and risk factors in the context of daily primary-care practice, especially in vulnerable and high-risk populations. In particular, the toolkit developed by the SPIMEU project will assist primary-care practitioners in implementing effective screening programmes for cardiovascular disease. Preliminary data from the FRESH AIR project indicates that multidisciplinary collaborations involving the active participation of patients, and educational interventions targeting both primary-care providers and the public, may promote behaviour change both among patients and in the community and can be easily adopted by local health-care systems. The THALIS project showed that early recognition of cognitive impairment could be facilitated through the use of evidence-based and validated steering tools in the primary-care setting. With the roll-out of DEPREXIS, it is anticipated that early recognition of common mental

disorders by primary-care providers can be achieved, resulting in the effective implementation of psychological interventions. Finally, the two projects targeting migrants and refugees indicate that it may be possible to address the current inequities in primary health care among these groups by giving primary-care providers an expanded role as a “gate opener” rather than “gatekeeper” and coordinator of care to the wider health-care system (62), providing the compassionate approach needed for caring for all of the people in the community a primary-care team serves. These projects also revealed to a large extent the need for a link between public health and primary health care and can guide policy-makers in the next attempts at achieving integrated health care.

This article does not claim to present a new research-based model; rather, it shares experiences gained during an attempt to address the need in Crete for integrated health care with a focus on public health. We suggest that these experiences, which were acquired from the CSFM’s research activities, can inform future training, policy and practice, both in Greece and in countries in similar situations. Certainly, in implementing any change in a country’s primary-care system, gradual implementation is needed, always with a focus on transparent governance and existing resources and mechanisms that can be used. A monitoring framework for any such action would enable the fine-tuning of tools and intervention models to provide the adaptation needed to align with the political and economic conditions of the country in question.

We hope that the approach and lessons summarized in this article will contribute to the current discussion on primary-care reform in Greece, with an emphasis on the major public-health problems affecting the Greek population, and provide a clear focus and orientation for the design of systems to deliver integrated health care in Greece. The data obtained during the initiatives described in this article show that focusing on the rapid reduction of the burden of major chronic conditions in the Greek population should be a high priority, so this article may be viewed as a call to action for integrating public health into primary health care in Greece. Specifically, we hope that the information in this report will be used to

(a) assist with making more visible the link between public health and primary health care in Greece, where currently the two domains operate as separate entities, and help make more explicit the person-centred approaches needed at the practice and services level;

- (b) offer tools and training material for the re-training of primary-care physicians and practitioners, with a focus on health behaviour change and organizational change;
- (c) contribute to the design and implementation of population-based health promotion and disease prevention programmes; and
- (d) incorporate lessons learned into training programmes for undergraduates, medical residents and continuing medical education.

We hope that the lessons learned from the initiatives described in this article will contribute to the current dialogue about the new educational curricula for undergraduate medical training and vocational training for the specialty of general practice in Greece. We also hope that this article offers not only ideas but also a concrete outline of the content, methods and tools that could be used for the successful integration of public health into primary health care.

The CSFM is currently discussing the important issue of how to ensure financial and programmatic sustainability for the efforts that have been undertaken, and is working on translating the lessons learned and tools that have been developed into concrete actions to promote the integration of public health into an effective system of integrated health care. To this end, the CSFM, in a strategic partnership that includes the Region of Crete as well as the regional health authorities, has teamed up with representatives from patients, the wider community, and key stakeholder groups, including medical students and researchers at the University of Crete, as well as primary-care practitioners, to initiate the dialogue needed to prepare a strategic plan for systemic changes in the primary-care system in Crete, with collaborative actions having already been agreed upon. For example, educational modules are being prepared for the undergraduate medical curriculum, GP residency vocational training and continuous professional development, and ways of systematically engaging both policy-makers and the wider community, including people with potentially limited or impeded access, are being explored.

## CONCLUSIONS

At a time when Greece faces the challenges of austerity and health-system reform, it is particularly important to examine local as well as international best practices and experiences. In this article, for the first time, the experiences gained from several European research projects have been summarized,



in order to support evidence-informed policy-making in a setting in which primary health care is still attempting to find its own way. It is anticipated the experiences and lessons learned in Crete will be used to inform practice and support the development of a progressive primary-care system in Greece, one with a strong orientation towards public health and a focus on the major public-health threats and problems, to monitor, evaluate and promote integrated health care in a country which only recently has started to incorporate this key concept in its health-policy agenda.

Beyond Greece, looking at changes worldwide since the Declaration of Alma-Ata 40 years ago (12) and in the light of the Declaration of Astana (13) and the 2018 WHO/UNICEF report A vision for primary health care in the twenty-first century (63), we believe that we now have the opportunity to learn from the errors of the past and to build capacity and invest in people-centred actions for the delivery of effective health care. As stated in the WHO/UNICEF report, in order to achieve the ambitious vision set forward for primary health care in the twenty-first century, transformational action is required; specifically, the report identifies thirteen “levers” deemed necessary for achieving this vision (63).<sup>7</sup> Of these, the ones related to the primary-care workforce, primary-care research, and monitoring and evaluation are particularly consistent with our experience in Crete. Given the substantial evidence that was presented in the recent Global Conference on Primary Health Care, together with the conclusions drawn from our local experience, we believe there is a need to radically reorient health systems towards primary health care and maximize synergies with public health to address wider socioeconomic issues and other important upstream determinants of health. Last but not least, we believe there is an unmet need to expand research and training activities in relation to primary health care and public health, with the main focus being to introduce a wider dialogue, which moves well beyond academia.

**Acknowledgements:** This paper would not have been possible without the support of the many health-care practitioners and researchers who are affiliated with the CSFM and who

have been actively involved in the implementation of research projects and quality improvements. We are particularly thankful to the members of the Cretan Practice-based Primary Care Research Network. We are also grateful to the many international, national, regional and local organizations and institutes with which we have collaborated.

**Sources of funding:** The CRC is funded by the Region of Crete; EUR-HUMAN (717319 / EUR-HUMAN) was funded by the EU Health Programme (2014–2020); FRESH AIR was funded by Horizon 2020 (grant agreement no. 680997); RESTORE (project no. 257258) was funded by the EU FP7 programme; SPIMEU (663309 / SPIM EU) were funded by the EU Health Programme (2014–2020); THALIS was supported by a grant from the European Union (European Social Fund) and by Greek national funds through the operational programme “Education and Lifelong Learning” provided by the National Strategic Reference Framework (“UOC-Multidisciplinary network for the study of Alzheimer’s disease”; MIS 377299); TiTAN-Crete and TiTAN-Greece & Cyprus was funded by Global Bridges and GB-25944945 with support from Pfizer Independent Grants for Learning and Change (GB-13522581); the work on metabolic syndrome, cardiovascular risk and comorbidity among patients visiting primary-care units was funded by ELPEN S.A; EU-WISE was funded by the EU FP7 programme; MEDIS is funded by the Hellenic Heart Foundation, the Harokopio University and Rutgers University; the DEPREXIS electronic platform development was partially funded by Servier Affaires Medicales (France); the Greek validation of the PREMIS survey was funded by the Research Committee of the University of Crete; and Spili III was funded by a grant from the Hellenic Atherosclerosis Society and SANOFI, HELLAS. We have not entered into any agreement with the funders that may have limited our ability to complete the research as planned, and we have had full control of all primary data.

**Conflicts of interest:** None declared.

**Disclaimer:** The authors alone are responsible for the views expressed in this publication and they do not necessarily represent the decisions or policies of the World Health Organization.

<sup>7</sup> The thirteen levers in the WHO/UNICEF report are (i) political commitment and leadership, (ii) governance and policy frameworks, (iii) adequate funding and equitable allocation of resources, (iv) engaging community and other stakeholders to jointly define problems and solutions and prioritize actions, (v) models of care that prioritize primary-care and public-health functions, (vi) ensuring the delivery of high-quality and safe health-care services, (vii) engaging with private-sector providers, (viii) the primary-care workforce, (ix) physical infrastructure, and appropriate medicines, products and technologies, (x) digital technologies, (xi) purchasing and payment systems, (xii) primary health-care-oriented research and (xiii) monitoring and evaluation (63).



## REFERENCES<sup>8</sup>

1. Technical Brief No. 1. Integrated health services – what and why. Geneva: World Health Organization; 2008 ([https://www.who.int/healthsystems/technical\\_brief\\_final.pdf](https://www.who.int/healthsystems/technical_brief_final.pdf)).
2. World Health Assembly, 69. Framework on integrated, people-centred health services: report by the Secretariat. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://www.who.int/iris/handle/10665/252698>).
3. Plochg T. Building a Tower of Babel in health care? Theory and practice of community-based integrated care. *Int J Integr Care* 2006;6:e21. doi:10.5334/ijic.168.
4. Rawaf S. A proactive general practice: integrating public health into primary care. *London J Prim Care (Abingdon)* 2018;10:17–18. doi:10.1080/17571472.2018.1445946.
5. Hwang W, Chang J, LaClaire M, Paz H. Effects of integrated delivery system on cost and quality. *Am J Manag Care* 2013;19:e175–84.
6. Institute of Medicine. Primary care and public health: exploring integration to improve population health. Washington DC: The National Academies Press; 2012.
7. A global review of primary health care: emerging messages. Geneva: World Health Organization; 2003 ([https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70199/WHO\\_MNC\\_OSD\\_03.01\\_eng.pdf?sequence=1&ua=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70199/WHO_MNC_OSD_03.01_eng.pdf?sequence=1&ua=1)).
8. Lionis C, Symvoulakis EK, Markaki A, Vardavas C, Papadakaki M, Daniilidou N et al. Integrated primary health care in Greece, a missing issue in the current health policy agenda: a systematic review. *Int J Integr Care* 2009;9:e88.
9. Tsiachristas A, Lionis C, Yfantopoulos J. Bridging knowledge to develop an action plan for integrated care for chronic diseases in Greece. *Int J Integr Care* 2015;15:e040.
10. Economou C, Kaitelidou D, Karanikolos M, Maresso A. Greece: health system review. *Health Syst Transit* 2017;19:1–196.
11. Greek health reform: opening of new primary health care units. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://www.euro.who.int/en/countries/greece/news/news/2017/12/greek-health-reform-opening-of-new-primary-health-care-units>).
12. Declaration of Alma-Ata. International conference on primary health care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978. Geneva: World Health Organization; 1978 ([https://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf)).
13. Declaration of Astana. Global conference on primary health care, Astana, Kazakhstan, 25–26 October 2018. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://www.who.int/primary-health/conference-phc>).
14. Lindholm LH, Koutis AD, Lionis CD, Vlachonikolis IG, Isacsson A, Fioretos M. Risk factors for ischaemic heart disease in a Greek population. A cross-sectional study of men and women living in the village of Spili in Crete. *Eur Heart J* 1992;13:291–8.
15. Lionis C, Bathianaki M, Antonakis N, Papavasiliou S, Philalithis A. A high prevalence of diabetes mellitus in a municipality of rural Crete, Greece. Some results from a primary care study. *Diabet Med* 2001;18:1–2.
16. Argyriadou S, Lionis C. Research in primary care mental health in Greece. *Ment Health Family Med* 2009;6:229–31.
17. Lionis C, Tzagournissakis M, Iatraki E, Kozyraki M, Antonakis N, Plaitakis A. Are primary care physicians able to assess dementia? An estimation of their capacity after a short-term training program in rural Crete. *Am J Geriatr Psychiatry* 2001;9:315.
18. Brotons C, Björkelund C, Bulc M, Ciurana R, Godycki-Cwirko M, Jurgova E, et al. Prevention and health promotion in clinical practice: the views of general practitioners in Europe. *Prev Med* 2005;40:595–601. doi:10.1016/j.ypmed.2004.07.020.
19. Tzamalouka GS, Parlalis SK, Soultatou P, Papadakaki M, Chliaoutakis JE. Applying the concept of lifestyle in association with aggression and violence in Greek cohabitating couples. *Aggress Behav* 2007;33:73–85. doi:10.1002/ab.20169.
20. Papadakaki M, Tzamalouka GS, Chatzifotiou S, Chliaoutakis J. Seeking for risk factors of intimate partner violence (IPV) in a Greek national sample: the role of self-esteem. *J Interpers Violence* 2009;24:732–50. doi:10.1177/0886260508317181.
21. Global Burden of Disease 2016 Greece Collaborators. The burden of disease in Greece, health loss, risk factors, and health financing, 2000–16: an analysis of the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Public Health* 2018;3:e395–e406. doi:10.1016/S2468-2667(18)30130-0.
22. Economou C, Kaitelidou D, Kentikelenis A, Sissouras A, Maresso A. The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 ([https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/266380/The-impact-of-the-financial-crisis-on-the-health-system-and-health-in-Greece.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/266380/The-impact-of-the-financial-crisis-on-the-health-system-and-health-in-Greece.pdf)).
23. Lionis C, Symvoulakis EK, Vardavas CI. Implementing family practice research in countries with limited resources: a stepwise model experienced in Crete, Greece. *Fam Pract* 2010;27:48–54. doi:10.1093/fampra/cmp078.
24. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2. *JAMA* 2002;288:1909–14.
25. Tierney E, McEvoy R, Hannigan A, MacFarlane AE. Implementing community participation via interdisciplinary teams in primary care: an Irish case study in practice. *Health Expect* 2018; 1–12. doi:10.1111/hex.12692.
26. Thomas S. What is participatory learning and action (PLA): an introduction. London: Centre for International Development and Training; 2004.

<sup>8</sup> All references accessed 12 December 2018.

27. Murray E, Treweek S, Pope C, MacFarlane A, Ballini L, Dowrick C, et al. Normalisation process theory: a framework for developing, evaluating and implementing complex interventions. *BMC Med* 2010;8:63. doi:10.1186/1741-7015-8-63.
28. Janz NK, Becker MH. The Health Belief Model: a decade later. *Health Educ Q* 1984;1:1–47. doi:10.1177/109019818401100101.
29. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organ Behav Hum Decis Process* 1991;50:179–211. doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T.
30. Wändell PE, de Waard AM, Holzmann MJ, Gornitzki C, Lionis C, de Wit N, et al. Barriers and facilitators among health professionals in primary care to prevention of cardiometabolic diseases: a systematic review. *Fam Pract* 2018;35:383–98. doi:10.1093/fampra/cmz137.
31. de Waard AM, Wändell PE, Holzmann MJ, Korevaar JC, Hollander M, Gornitzki C, et al. Barriers and facilitators to participation in a health check for cardiometabolic diseases in primary care: a systematic review. *Eur J Prev Cardiol* 2018;25:1326–40. doi:10.1177/2047487318780751.
32. de Waard AM, Hollander M, Korevaar JC, Nielen MMJ, Carlsson AC, Lionis C et al. Selective prevention of cardiometabolic diseases: activities and attitudes of general practitioners across Europe. *Eur J Public Health* 2018; cky112. doi: 10.1093/eurpub/cky112.
33. Tyrovolas S, Zeimbekis A, Bountziouka V, Voutsas K, Pounis G, Papoutsou S, et al. Factors associated with the prevalence of diabetes mellitus among elderly men and women living in Mediterranean islands: the MEDIS study. *Rev Diabet Stud* 2009;6:54–63 doi:10.1900/RDS.2009.6.54.
34. Panagiotakos D, Lionis C, Anastasiou F, Zeimbekis A, Lioliou E, Tsiligianni I, et al. Prevalence of risk factors for cardiovascular disease by socio-economic status among the elderly from Mediterranean islands: the MEDIS study. *CVD Prev Control* 2008;3: 153–62. doi:10.1016/j.cvdpc.2008.07.004.
35. Mamplekou E, Bountziouka V, Psaltopoulou T, Zeimbekis A, Tsakoundakis N, Papaerakleous N, et al. Urban environment, physical inactivity and unhealthy dietary habits correlate to depression among elderly living in eastern Mediterranean islands: the MEDIS (MEDiterranean ISlands Elderly) study. *J Nutr Health Aging* 2010;14:449–55.
36. Polychronopoulos E, Pounis G, Bountziouka V, Zeimbekis A, Tsiligianni I, Qira BE, et al. Dietary meat fats and burden of cardiovascular disease risk factors, in the elderly: a report from the MEDIS study. *Lipids Health Dis* 2010; 18;9:30. doi:10.1186/1476-511X-9-30.
37. Tyrovolas S, Bountziouka V, Papairakleous N, Zeimbekis A, Anastassiou F, Gotsis E. Adherence to the Mediterranean diet is associated with lower prevalence of obesity among elderly people living in Mediterranean islands: the MEDIS study. *Int J Food Sci Nutr* 2009;60:137–50. doi:10.1080/09637480903130546.
38. Sifaki-Pistolla D, Lionis C, Koinis F, Georgoulas V, Tzanakis N. Lung cancer and annual mean exposure to outdoor air pollution in Crete, Greece. *Eur J Cancer Prev* 2017;26, S208–14. doi:10.1097/CEJ.0000000000000407.
39. Varlamis I, Apostolakis I, Sifaki-Pistolla D, Dey N, Georgoulas V, Lionis C. Application of data mining techniques and data analysis methods to measure cancer morbidity and mortality data in a regional cancer registry: The case of the island of Crete, Greece. *Comput Methods Programs Biomed* 2017;145:73–83. doi:10.1016/j.cmpb.2017.04.011.
40. Sifaki-Pistolla D, Koinis F, Georgoulas V, Lionis C, Kyriakidis P, Aggelaki S, et al. Lung cancer geographical variation in Crete, 1992–2013. Insights from a population-based registry. *Eur J Public Health* 2016;26:ckw175.089. doi:10.1093/eurpub/ckw175.089.
41. Sifaki-Pistolla D, Lionis C, Georgoulas V, Kyriakidis P, Koinis F, Aggelaki S, et al. Lung cancer and tobacco smoking in Crete, Greece: reflections from a population-based cancer registry from 1992 to 2013. *Tob Induc Dis* 2017;15:6. doi:10.1186/s12971-017-0114-2.
42. Sifaki-Pistolla D, Koinis F, Chatzea VE, Lionakis S, Epitropaki K, Vasilaki E, et al. Towards developing evidence-based GIS-driven infrastructure for cancer surveillance in Greece: Dimitra Sifaki-Pistolla. *Eur J Public Health* 2016;ckw171.028. doi:10.1093/eurpub/ckw171.028.
43. Cragg L, Williams S, Chavannes N. FRESH AIR: an implementation research project funded through Horizon 2020 exploring the prevention, diagnosis and treatment of chronic respiratory diseases in low-resource settings. *NPJ Prim Care Respir Med* 2016;26:16035. doi:10.1038/nppcr.2016.35.
44. Girvalaki C, Papadakis S, Vardavas C, Petridou E, Pipe A, Lionis C. Smoking cessation delivery by general practitioners in Crete, Greece. *Eur J Public Health* 2018;28:542–7. doi:10.1093/eurpub/ckx201.
45. Girvalaki C, Papadakis S, Vardavas C, Pipe AL, Petridou E, Tsiligianni I, et al. Training general practitioners in evidence-based tobacco treatment: an evaluation of the Tobacco treatment TrAining Network in Crete (TiTAN-Crete) intervention. *Health Educ Behav* 2018;45:888–97. doi:10.1177/1090198118775481.
46. Papadakis S, Vardavas CI, Katsaounou PA, Samoutis G, Smyrnakis E, Tatsioni A, et al. TiTAN Greece & Cyprus: Primary Care Tobacco treatment TrAining Network in Greece & Cyprus. *Tob Prev Cessation* 2017;3:82. doi:10.18332/tpc/70825.
47. Papadakis S, Cole AG, Reid RD, Coja M, Aitken D, Mullen KA, et al. Increasing rates of tobacco treatment delivery in primary care practice: evaluation of the Ottawa Model for Smoking Cessation. *Ann Fam Med* 2016;14:235–43. doi:10.1370/afm.1909.
48. Zaganas IV, Simos P, Basta M, Kapetanaki S, Panagiotakis S, Koutentaki I, et al. The Cretan Aging Cohort: cohort description

- and burden of dementia and mild cognitive impairment. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 2018;1533317518802414. doi:10.1177/1533317518802414.
49. Iatraki E, Simos PG, Lionis C, Zaganas I, Symvoulakis EK, Papastefanakis E, et al. Cultural adaptation, standardization and clinical validity of the test your memory dementia screening instrument in Greek. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2014;37:163–80. doi:10.1159/000355376.
50. Prokopiadou D, Papadakaki M, Roumeliotaki T, Komninos ID, Bastas C, Iatraki E, et al. Translation and validation of a questionnaire to assess the diagnosis and management of dementia in Greek general practice. *Eval Health Prof* 2015;38:151–9. doi:10.1177/0163278712474988.
51. Lionis C, Petelos E, Mechili EA, Sifaki-Pistolla D, Chatzea VE, Angelaki A, et al. Assessing refugee healthcare needs in Europe and implementing educational interventions in primary care: a focus on methods. *BMC Int Health Hum Rights* 2018;18:11. doi:10.1186/s12914-018-0150-x.
52. van Loenen T, van den Muijsenbergh M, Hofmeester M, Dowrick C, van Ginneken N, Mechili EA, et al. Primary care for refugees and newly arrived migrants in Europe: a qualitative study on health needs, barriers and wishes. *Eur J Public Health* 2018;28:82–7. doi:10.1093/eurpub/ckx210.
53. Teunissen E, Tsaparas A, Saridaki A, Trigoni M, van Weel-Baumgarten E, van Weel C, et al. Reporting mental health problems of undocumented migrants in Greece: a qualitative exploration. *Eur J Gen Pract* 2016;22:119–25. doi:10.3109/13814788.2015.1136283.
54. Papadakaki M, Petridou E, Kogevinas M, Lionis C. Measuring the effectiveness of an intensive IPV training program offered to Greek general practitioners and residents of general practice. *BMC Med Educ* 2013;13:46. doi:10.1186/1472-6920-13-46.
55. Papadakaki M, Petridou E, Petelos E, Germeni E, Kogevinas M, Lionis C. Management of victimized patients in Greek primary care settings: a pilot study. *J Fam Violence* 2014;29:371–9. doi:10.1007/s10896-014-9596-3.
56. Papadakaki M, Prokopiadou D, Petridou E, Kogevinas M, Lionis C. Defining physicians' readiness to screen and manage intimate partner violence in Greek primary care settings. *Eval Health Prof* 2012;35:199–220. doi:10.1177/0163278711423937.
57. Anyfantakis D, Symvoulakis EK, Linardakis M, Shea S, Panagiotakos D, Lionis C. Effect of religiosity/spirituality and sense of coherence on depression within a rural population in Greece: the Spili III project. *BMC Psychiatry* 2015;15:173. doi:10.1186/s12888-015-0561-3.
58. Mechili E, Angelaki A, Petelos E, Sifaki-Pistolla D, Chatzea VE, Dowrick C, et al. Compassionate care provision: an immense need during the refugee crisis: lessons learned from a European capacity-building project. *J Compassionate Health Care* 2018;5:2. doi: <https://doi.org/10.1186/s40639-018-0045-7>.
59. Lionis C, Papadakaki M, Saridaki A, Dowrick C, O'Donnell CA, Mair FS, et al. Engaging migrants and other stakeholders to improve communication in cross-cultural consultation in primary care: a theoretically informed participatory study. *BMJ Open* 2016;22;6:e010822. doi:10.1136/bmjopen-2015-010822.
60. Papadakaki M, Lionis C, Saridaki A, Dowrick C, de Brún T, O'Reilly-de Brún et al. Exploring barriers to primary care for migrants in Greece in times of austerity; perspectives of service providers. *Eur J Gen Pract* 2017;23:129–35. doi: 10.1080/13814788.2017.1307336.
61. O'Donnell CA, Burns N, Mair FS, Dowrick C, Clissmann C, van den Muijsenbergh M, et al. Reducing the health care burden for marginalised migrants: the potential role for primary care in Europe. *Health Policy* 2016;120:495–508. doi: 10.1016/j.healthpol.2016.03.012.
62. Souliotis K, Lionis C. Creating an integrated health care system in Greece: a primary care perspective. *J Med Syst* 2005;29:187–96.
63. A vision for primary health care in the 21st century. Geneva and New York: WHO and UNICEF; 2018 (<https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/vision.pdf>). ■

## ANNEX. SELECTED CSFM COLLABORATIVE RESEARCH PROJECTS FOCUSED ON THE INTEGRATION OF PUBLIC HEALTH INTO PRIMARY HEALTH CARE

Project name and website	Aim and main focus	Outcomes	Tools
<p>The EU-WISE project: "Self-care support for people with long-term conditions, diabetes and heart disease: a whole system approach"</p> <p>Website: <a href="https://cordis.europa.eu/project/rcn/101808_en.html">https://cordis.europa.eu/project/rcn/101808_en.html</a></p>	<p>EU-WISE is an FP7 programme designed to focus on understanding capabilities, resources and changes in health-related practices in communities and cultural contexts across Europe</p>	<p>Development of a community-based strategy for illness-management resources and shape interorganizational networks</p>	<p>The EU-GENIE intervention/online tool was developed to raise awareness of social networks. GENIE has contributed to capacity-building by providing trained personnel, tools and resources for suitable use and implementations in the local settings (see <a href="https://www.clahrcprojects.co.uk/impact/projects/genie-online-social-network-tool-generate-engagement-self-management-support">https://www.clahrcprojects.co.uk/impact/projects/genie-online-social-network-tool-generate-engagement-self-management-support</a> for more information)</p>
<p>The RESTORE project: "REsearch into implementation STRategies to support patients of different ORigins and language"</p> <p>Website: <a href="https://fp7restore.eu/">https://fp7restore.eu/</a></p>	<p>Project no. 257258 is an FP7 programme conducted in six European health-care settings with different organizational contexts and capacities, aiming to "optimise medical and psychosocial primary care for migrants in Europe with a particular focus on communication in cross-cultural consultations"</p>	<p>Review of the guidelines and training initiatives in primary care</p> <p>Assessment of the success of translating these guidelines into practice</p> <p>Assessment of the capacity of primary-care settings to incorporate implementation processes</p> <p>Evaluation of the sustainability of implementation processes</p>	<p>Application of innovative scientific methods (normalization process theory and participatory learning and action) in research in primary-care settings to make a real impact on cross-cultural health-care consultations</p>
<p>The SPIMEU project: "Determinants of successful implementation of selective prevention of cardio-metabolic diseases across Europe"</p> <p>Website: <a href="https://www.spimeu.org/">https://www.spimeu.org/</a></p>	<p>Project proposal no. 663309 is funded by the Third Programme for the Union's action in the field of health (2014–2020) and is a trans-European research project aiming to contribute to the reduction of cardiometabolic diseases in EU member states</p>	<p>Overview of currently practiced models of implementation of selective prevention in all 28 EU member states</p> <p>Design of selective prevention programmes tailored to the context in five EU member states</p>	<p>A toolbox containing relevant measures for a tailored implementation of a selective prevention programme in all 28 EU member states</p> <p>The RAPA (Rapid Assessment of Physical Activity) tool for the assessment of physical exercise</p> <p>HeartScore (for more information, see <a href="https://www.heartscore.org/en_GB/">https://www.heartscore.org/en_GB/</a>)</p>
<p>The FRESH AIR project: "Free Respiratory Evaluation and Smoke-exposure reduction by primary Health cAre Integrated gRoups"</p> <p>Website: <a href="https://www.theiprcg.org/freshair/">https://www.theiprcg.org/freshair/</a></p>	<p>Project proposal no. SEP-210248848 is a three-year programme funded by Horizon 2020, aiming at improving prevention, diagnosis and treatment of chronic respiratory diseases in low-resource primary-care settings by using implementation science and evidence-based interventions</p>	<p>Assessment of the health economics impact of asthma/COPD</p> <p>Characterization of local contexts regarding chronic respiratory diseases (beliefs, perceptions, behaviours)</p> <p>Development of awareness-raising interventions</p> <p>Remote training and feedback in spirometry for primary-care providers</p> <p>Training of primary-care providers in "Very Brief Advice" on smoking</p> <p>Implementation of pulmonary rehabilitation programmes in primary care</p> <p>Assessment of local situations on childhood cough and asthma/wheeze</p> <p>Creation of stakeholder engagement groups</p>	<p>A knowledgebase including</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· databases</li> <li>· awareness-raising tools (including flip-over, posters, presentations)</li> <li>· training modules (in lung-function testing, "Very Brief Advice on Smoking", pulmonary rehabilitation)</li> <li>· educational materials (for patients and health-care professionals)</li> <li>· equipment and infrastructure (for lung-function testing and pulmonary rehabilitation)</li> </ul>

Project name and website	Aim and main focus	Outcomes	Tools
<p>The TiTAN-Crete project: "Tobacco treatment TrAining Network in Crete"</p> <p>Website: <a href="https://titan.uoc.gr">https://titan.uoc.gr</a></p>	<p>TiTAN-Crete is jointly conducted by the CSFM and the Division of Prevention and Rehabilitation at the University of Ottawa Heart Institute, Ottawa, Canada, with funding from Global Bridges; the goal of the project is to develop a network of trained primary-care providers in Crete, Greece, who will integrate treatment of tobacco dependence into daily clinical practice and become champions of tobacco control policy</p>	<p>Assessment of changes in Cretan primary-care providers' attitudes, knowledge, self-efficacy and rate of tobacco treatment delivery after exposure to TiTAN</p>	<p>Primary-care training modules</p> <p>Case study video series</p> <p>A patient quit plan booklet</p> <p>A primary-care toolkit containing</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· a tobacco-use survey</li> <li>· quick reference sheets</li> <li>· smoking cessation consult forms</li> </ul>
<p>The TiTAN Greece &amp; Cyprus project</p> <p>Website: <a href="https://titangc.uoc.gr/en.html">https://titangc.uoc.gr/en.html</a></p>	<p>TiTAN Greece &amp; Cyprus was launched in 2017 with a second grant from Global Bridges; its goal is to scale-up the TiTAN network to a national level in both Greece and Cyprus, educate 300 GPs and primary-care professionals in evidence-based tobacco treatment and disseminate tools to support the integration of tobacco treatment into busy primary-care settings</p>	<p>Assessment of changes in Greek and Cyprian primary-care providers' attitudes, knowledge, self-efficacy and rate of tobacco treatment delivery after exposure to TiTAN</p>	<p>Primary-care training modules</p> <p>Booster training</p> <p>A network website</p> <p>Social media</p> <p>An evaluation protocol</p> <p>A patient quit plan booklet</p> <p>A primary-care toolkit containing</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· a tobacco-use survey</li> <li>· quick reference sheets</li> <li>· smoking cessation consult forms</li> </ul>
<p>The THALIS project: "UOC-Multidisciplinary network for the study of Alzheimer's Disease"</p>	<p>THALIS was a cross-sectional, multicentre study conducted in 14 primary-care settings in Crete in 2014 and was funded by a grant from the EU European Social Fund and by Greek national funds through the operational programme "Education and Lifelong Learning" provided by the National Strategic Reference Framework (grant code: MIS 377299); it aimed to assess the burden of cognitive impairment among elders visiting primary-care settings, exploring associated risk factors and examining care challenges for primary-care providers</p>	<p>Multisetting and multidiscipline collaboration</p> <p>Integrated services for cognitive impairment</p>	<p>A local database</p> <p>Screening tools (Mini Mental State Examination, Test Your Memory, General Practitioner's Assessment of Cognition)</p>



Project name and website	Aim and main focus	Outcomes	Tools
<p>The EUR-HUMAN project: "EUropean Refugees-HUman Movement and Advisory Network"</p> <p>Website: <a href="https://eur-human.uoc.gr">https://eur-human.uoc.gr</a></p>	<p>The EUR-HUMAN project aims to enhance the capacity of European member states to address the health needs of migrants and refugees</p>	<p>Development of clinical protocols, guidelines, health education and promotion material as well as a training programme for staff serving refugees and migrants</p>	<p>Online clinical protocols and guidelines in the following areas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· cultural competence in health care (Compassionate Care Assessment Tool)</li> <li>· continuity of care (International Organization for Migration Personal Health Record and Handbook)</li> <li>· needed information and health promotion (Migration Integration Policy Index)</li> <li>· triage (Initial assessment and treatment with the ABCDE approach)</li> <li>· mental health (Refugee Health Screener-15 (a 15-item questionnaire))</li> <li>· mother and reproductive care (Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings)</li> <li>· child health (Refugee Service Toolkit)</li> <li>· communicable diseases, noncommunicable diseases and vaccination (for infectious diseases of specific relevance to newly arrived migrants in the EU/ European Economic Area)</li> </ul> <p>Online multilanguage health education training materials for primary-care providers on the following seven topics:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· acute diseases</li> <li>· legal issues</li> <li>· provider-patient interactions</li> <li>· mental health</li> <li>· sexual and reproductive health</li> <li>· child health</li> <li>· chronic diseases and health promotion</li> </ul> <p>(for more information, see <a href="https://eur-human.uoc.gr/online-courses/">https://eur-human.uoc.gr/online-courses/</a>)</p> <p>Additional training material for primary-care providers on the following topics:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· assessing immediate health-care needs, and triage upon arrival</li> <li>· communicable diseases</li> <li>· mental health</li> <li>· provider-patient interaction</li> <li>· noncommunicable diseases</li> <li>· vaccination coverage</li> <li>· maternal and reproductive health</li> </ul> <p>(for more information, see <a href="https://www.youtube.com/channel/UCvI3kOrEidGv2XA4zAUs01Q">https://www.youtube.com/channel/UCvI3kOrEidGv2XA4zAUs01Q</a>)</p>

Project name and website	Aim and main focus	Outcomes	Tools
The Cancer Registry of Crete Website: <a href="https://www.crc.uoc.gr">https://www.crc.uoc.gr</a>	The Cancer Registry of Crete aims to systematically monitor cancer surveillance, exporting statistics on incidence, survival and mortality as well as proposing targeted interventions and cancer control actions	Enhancement of cancer epidemiological research (i.e. publication and design of field studies and interventions)  Collaboration with international and European associations in setting methodological standards and an inventive research framework on data privacy and mining techniques	Comprehensive digital monitoring system  Big database

## На пути к интеграции общественного здравоохранения и первичной медико-санитарной помощи с учетом фактических данных: опыт Крита

Christos Lionis<sup>1,2</sup>, Elena Petelos<sup>1</sup>, Sophia Papadakis<sup>1,3</sup>, Ioanna Tsiligianni<sup>1</sup>, Marilena Anastasaki<sup>1</sup>, Agapi Angelaki<sup>1</sup>, Antonis Bertias<sup>1</sup>, Enkeleint Aggelos Mechili<sup>1</sup>, Maria Papadakaki<sup>1,4</sup>, Dimitra Sifaki-Pistolla<sup>1</sup>, Emmanouil Symvoulakis<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Клиника социальной и семейной медицины, Школа медицины, Университет Крита, Греция

<sup>2</sup> Институт медицины и здоровья, Линчёпингский университет, Швеция

<sup>3</sup> Отделение профилактики и реабилитации, Оттавский университет, Оттава, Канада

<sup>4</sup> Технологический институт Крита, Крит, Греция

Автор, отвечающий за переписку: Christos Lionis (адрес электронной почты: lionis@galinos.soc.med.uoc.gr)

### АННОТАЦИЯ

Концепция «интегрированной медицинской помощи» – часто обсуждаемая тема и объект пристального внимания международного сообщества. В частности, в последние 20 лет повышенное внимание уделяется вопросам интеграции приоритетов общественного здравоохранения в практику первичной медико-санитарной помощи. Однако, несмотря на это, интегрированная медицинская помощь, включающая общественное здравоохранение, первичную медико-санитарную помощь и научно обоснованную практику, во многих странах Европы остается вне сферы внимания. Множество проблем, имеющих отношение к практическому применению и внедрению этих концепций, остаются неразрешенными, особенно в странах, осуществляющих реформы или недавно приступивших к созданию системы первичной медико-санитарной помощи. Цель настоящей работы – рассказать об опыте Клиники социальной и семейной медицины (CSFM) на базе Школы медицины Университета Крита, накопленном в этой области за последние 10 лет, в контексте уроков, извлеченных из научных исследований, мероприятий по укреплению

потенциала и практической деятельности, направленной на решение основных проблем общественного здравоохранения в условиях первичной медико-санитарной помощи. В статье представлен краткий обзор того, каким образом данные о предоставлении медицинских услуг, собранные в рамках научных исследований и инициатив по укреплению потенциала, могут быть использованы для эффективного планирования и реализации реформы системы первичной медико-санитарной помощи, осуществляющейся в настоящее время в Греции. По мнению авторов, эта информация иллюстрирует наиболее эффективные варианты разработки и экспресс-тестирования научно обоснованных подходов в целях практического применения и внедрения интегрированной медицинской помощи – подходов, нацеленных как на решение приоритетных задач общественного здравоохранения, связанных с удовлетворением медицинских потребностей и улучшением здоровья и благополучия населения, так и на содействие процессам формирования политики с учетом научных данных – в Греции и других странах со сходными условиями.

**Ключевые слова:** ИНТЕГРИРОВАННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ, ПЕРВИЧНЫЕ МЕДИКО-САНИТАРНЫЕ УСЛУГИ, ИССЛЕДОВАНИЯ, ГРЕЦИЯ, АЛМА-АТА, АСТАНА, ДЕКЛАРАЦИЯ

## ВВЕДЕНИЕ

Концепция предоставления «интегрированной медицинской помощи» – часто обсуждаемая тема и объект пристального внимания исследователей и разработчиков политики на международном уровне (1). В Рамочной программе по интегрированным, ориентированным на человека медицинским услугам, принятой подавляющим большинством голосов государствами-членами на Шестьдесят девятой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения, «интегрированные медицинские услуги» определяются как: «медицинские услуги, координируемые и предоставляемые таким образом, чтобы обеспечить для всех людей континуум услуг в области охраны здоровья, предупреждения заболеваний, диагностики, лечения, ведения заболеваний, реабилитации и паллиативного ухода, согласованных между различными уровнями и учреждениями как внутри сектора здравоохранения, так и вне его, в соответствии с их потребностями на протяжении всей жизни» (2).

В частности, в последние 20 лет повышенное внимание уделяется вопросам интеграции приоритетов общественного здравоохранения в практику и научные исследования в области первичной медико-санитарной помощи, особенно в контексте обсуждения проактивных моделей практической деятельности. По имеющимся данным, системы интегрированного предоставления медицинских услуг могут сыграть важную роль в повышении качества помощи и улучшении показателей здоровья (3–6).

Пятнадцать лет назад, сформулировав стратегические приоритеты в своем знаменитом докладе о первичной медико-санитарной помощи, ВОЗ подчеркнула важность «участия общества и межсекторального сотрудничества, [...] поскольку» многочисленные проблемы здравоохранения [...] не могут быть эффективно разрешены системами здравоохранения, функционирующими изолированно» (7). С учетом задач по усовершенствованию эпиднадзора и активизации мер по профилактике заболеваний в целях защиты общественного здоровья, в этом отчете подчеркивалась необходимость межсекторального сотрудничества, совместного целеполагания и согласования приоритетов. Предлагаемая модель была ориентирована на вовлечение заинтересованных сторон, представляющих различные сектора, и создание механизмов сотрудничества между разными уровнями в целях обеспечения актуальности совместных программ вмешательства, а также была нацелена на повышение роли работников общественного здравоохранения в системе первичной медико-санитарной помощи. Учитывая актуальные даже для развитых стран трудности,

связанные с устранением неравенства и достижением целей здравоохранения, в модели подчеркивалась важность усилий по укреплению общественного здравоохранения в качестве ключевого компонента первичной медико-санитарной помощи при планировании структурных изменений в системах здравоохранения, с перспективой тесного сотрудничества работников общественного здравоохранения с бригадами первичной помощи и местными сообществами для «дополнения доминирующего клинического подхода популяционными методиками» (7). Также в отчете делался упор на важности развития навыков охраны общественно-го здравоохранения у специалистов первичной медико-санитарной помощи, с акцентом на меняющееся поведение и отношение к здоровью в сообществах, обслуживаемых бригадами первичной медицинской помощи.

Несмотря на существенный интерес к этой теме и ее активное обсуждение, интегрированная медицинская помощь, включающая общественное здравоохранение, первичную медико-санитарную помощь и научно обоснованную практику, во многих странах Европы остается вне сферы внимания. Это особенно касается стран, недавно приступивших к созданию системы первичной медико-санитарной помощи или обсуждающих/осуществляющих реформы, как это происходит в Греции.

Вот уже 10 лет в Греции широко обсуждаются вопросы реформирования системы первичной медико-санитарной помощи. В 2009 г. Lionis и коллеги в своей работе подчеркнули важность интегрированной медицинской помощи как одного из основополагающих элементов первичной медико-санитарной помощи в Греции, отметив, что развитие первичной помощи в стране находится на начальной стадии и что ключевые шаги в сторону интегрированной медицинской помощи заключаются в структурных изменениях национальной системы здравоохранения, осуществляемых наряду с серьезным преобразованием организационной культуры (8). Затем в 2015 г. был выпущен важный доклад, в котором Tsiachristas и коллеги предлагали рекомендации по разработке плана действий с учетом научных данных, нацеленного на внедрение в Греции системы интегрированной медицинской помощи в период, когда в Греции был режим жесткой экономии (9). Вслед за этим в 2017 г. в Греции было введено в силу законодательство в области первичной медико-санитарной помощи, содержащее элементы интегрированной медицинской помощи, основанной на децентрализации и создании межведомственных бригад, потенциал которых поддерживается и усиливается на уровне сообществ через внедряемую систему перенаправлений с общей базой данных по пациентам и координирующей

функцией врача первичной медико-санитарной помощи (10). Национальный план действий по реформированию системы первичной медико-санитарной помощи в Греции (11) также включал мероприятия по организации работы бригад в городских районах.

Однако, несмотря на эти недавние попытки реформирования, система общественного здравоохранения в Греции по-прежнему функционирует отдельно от системы первичной медико-санитарной помощи, а концепция интегрированной медицинской помощи продолжает существовать лишь на бумаге. Важнейшее значение имеет факт отсутствия каких-либо структурных рамок для сотрудничества между первичной медико-санитарной помощью и общественным здравоохранением по ключевым проблемам со здоровьем населения, таким как основные неинфекционные заболевания, и наличия минимальных возможностей для внедрения популяционных подходов. При этом существуют некоторые признаки того, что разработчики системы обсуждают задачу интеграции первичной медико-санитарной помощи и общественного здравоохранения с позиций ее приоритетности в рамках реформы системы первичной помощи, в настоящее время осуществляющейся в Греции.

В контексте 40-й годовщины Алма-Атинской декларации (12) и ключевых заявлений, сделанных на Глобальной конференции в Астане (13) в отношении расширения возможностей людей и сообществ с точки зрения принятия ответственности за свое здоровье, а также предоставления услуг общественного здравоохранения и первичной медико-санитарной помощи – центрального элемента интегрированной медицинской помощи – на протяжении всей жизни, настало время изучить потенциал в области внедрения интегрированной медицинской помощи в стране, до сих пор находящейся в поиске решений для развития комплексной и эффективной системы первичной медико-санитарной помощи.

Клиника социальной и семейной медицины (CSFM) на базе Школы медицины Университета Крита занимает лидирующие позиции в проведении обучения и исследований в целях содействия повышению качества первичной медико-санитарной помощи в Европе, уделяя основное внимание интеграции приоритетов и программ общественного здравоохранения в систему первичной помощи – в том числе с учетом необходимости быстрой подготовки специалистов, эффективной с точки зрения затрат и актуальной в местном контексте. CSFM предлагает возможности для обучения и проведения исследований учащимся учреждений

высшего и последиplomного образования, а также проводит программы непрерывной профессиональной подготовки в области первичной медико-санитарной помощи и общественного здравоохранения, активно участвуя во многих европейских инициативах по исследованиям и укреплению потенциала. Помимо этого, развивая и оценивая эффективность инструментов обучения и укрепления потенциала, CSFM генерирует данные, на основе которых осуществляется планирование предоставления услуг на региональном и местном уровнях и разрабатывается национальная программа общественного здравоохранения.

Задача данной статьи заключается в передаче опыта, накопленного в рамках проектов и программ в области научных исследований и укрепления потенциала за последние 10 лет, и преобразовании этого местного опыта в рекомендации по формированию политики. Извлеченные уроки позволяют представить наиболее эффективные варианты разработки и тестирования научно обоснованных подходов к внедрению интегрированной медицинской помощи. Каждая из обсуждаемых здесь инициатив привела к выработке инструментов повышения потенциала и накопления данных, на основе которых разработчики политики могут создавать местные, региональные и – для целевых инициатив – национальные программы. Наш подход основывается на данных о потребностях в отношении здоровья, полученных в реальных условиях в рамках совместных исследовательских проектов не только по Криту, но и по другим областям Греции. Поэтому эти данные представляются особенно актуальными для эффективного планирования и реализации продолжающейся реформы первичной медико-санитарной помощи в Греции – стране, где общественное здравоохранение и первичная помощь в настоящее время не только не интегрированы функционально, но даже не скоординированы с точки зрения эффективного планирования. Кроме того, эта информация может быть полезной для проведения реформы первичной медико-санитарной помощи в других странах, решающих сходные проблемы.

## МЕТОДЫ

### ИСХОДНЫЕ УСЛОВИЯ И АНАЛИЗ СИТУАЦИИ

В Греции практически отсутствуют данные по первичной медико-санитарной помощи, а также нет национальных реестров населения, что существенно затрудняет разработку и реализацию мероприятий, нацеленных на удовлетворение потребностей населения, связанных со здоровьем. Тем не менее данные по Криту



демонстрируют значительный рост показателей заболеваемости, смертности и факторов риска хронических заболеваний у населения, исторически отличавшегося хорошим здоровьем (14, 15). Скрининг для раннего выявления определенных хронических болезней, таких как сердечно-сосудистые, онкологические, психические заболевания (16) и деменция (17), не является частью первичной медико-санитарной помощи в Греции, а вопросы профилактики и охраны здоровья не получают необходимого внимания (18). В последние годы все шире признается другой социальный феномен, актуальный в контексте общественного здравоохранения, – насилие со стороны сексуального партнера, однако скрининг и меры реагирования на эту проблему в рамках первичной медико-санитарной помощи в Греции все еще осуществляются относительно редко (19, 20).

## ИНФРАСТРУКТУРА И ИСПОЛЬЗОВАВШИЕСЯ РЕСУРСЫ

CSFM предприняла попытку сформировать потенциал, необходимый для оценки связанных со здоровьем потребностей населения Крита (~623 тыс. человек), и провести комплексный анализ услуг первичной медико-санитарной помощи в городских и сельских районах острова. Для выполнения этой непростой задачи CSFM разработала и внедрила популяционный канцер-регистр, а также осуществила ряд проектов по документированию бремени хронических болезней и факторов риска на Крите. Также была создана сеть прикладных исследований, призванная обеспечить взаимодействие между университетскими исследованиями и практикой первичной медико-санитарной помощи. В рамках сети поддерживается сотрудничество между городскими и сельскими учреждениями первичной медико-санитарной помощи, CSFM и больницей Университета Крита и ставятся задачи повышения исследовательского потенциала и использования сети в качестве базы для проведения исследований и преобразования полученных знаний в реальную практику учреждений первичной помощи.

В контексте выполнения этих задач сеть сыграла ключевую роль в нескольких инициативах по повышению качества, включая разработку и интеграцию новых ИТ-инструментов, необходимых для преобразования научных данных в практическую работу, и активно участвовала в деятельности Критской группы по пересмотру руководящих указаний (см. <https://www.cgrg.gr>), работавшей над сбором и оценкой научных данных и развитием культуры научно обоснованной практической деятельности в поддерживаемых учреждениях здравоохранения.

Также CSFM приняла участие в работе нескольких европейских и международных консорциумов по укреплению потенциала, объединивших усилия исследователей и практиков первичной медико-санитарной помощи и общественного здравоохранения в рамках национальных и межнациональных проектов. Помимо этого, была проведена большая работа по развитию и осуществлению ряда проектов в области научных исследований и новаторских инициатив по повышению потенциала, в основном финансировавшихся в рамках программ Европейской комиссии. Проекты в основном охватывали сферу неинфекционных заболеваний, таких как сердечно-сосудистые заболевания; кардиометаболические заболевания, включая ожирение и сахарный диабет; раковые заболевания; респираторные заболевания; употребление табака и никотиновая зависимость; деменция и нейродегенеративные заболевания; психические заболевания и социально-психологические проблемы. Также CSFM активно развивала экспресс-программы по укреплению потенциала в целях удовлетворения потребностей беженцев и мигрантов (межкультурная сфера здравоохранения), в т. ч. в области психического здоровья, неинфекционных заболеваний и материнского здоровья. Эти хронические состояния и проблемы представляют собой серьезную угрозу для здоровья населения Греции, как это было определено в недавнем докладе ВОЗ (21) и других докладах, опубликованных в период жесткой экономики (22). Помимо характеристик эпидемиологии этих заболеваний и состояний, CSFM изучила лежащие в их основе детерминанты здоровья – в частности, показатели курения, употребления алкоголя, ожирения и другие аспекты, связанные с образом жизни, с конкретной целью содействия интеграции программ здравоохранения, нацеленных на эти области, в систему первичной медико-санитарной помощи.

## ПЛАНИРОВАНИЕ ПОДХОДОВ И ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕОРЕТИЧЕСКИХ ОСНОВ

CSFM уже публиковала описание 10-этапного подхода к разработке и проведению исследования первичной медико-санитарной помощи в странах с ограниченными ресурсами. В рамках этого подхода, разработанного и примененного на Крите (23), начальная оценка потребностей населения в отношении здоровья представляет собой основу для планирования и осуществления актуальных для конкретного контекста инициатив по повышению качества и проведению исследований. На основе этой информации может осуществляться выбор, разработка и реализация программ исследований и укрепления потенциала,

нацеленных на реагирование непосредственно на эти потребности.

Чтобы обеспечить актуальность мер здравоохранения в местном контексте и их соответствие потребностям и предпочтениям сообщества, исследования CSFM проводились с применением множества теоретических основ и инструментов, в т. ч. моделей, теорий и подходов, базирующихся на появляющихся фактических данных по другим контекстам. В частности, была применена модель медицинской помощи при хронических заболеваниях, включавшая следующие компоненты: (а) поддержка сообщества, неформальная поддержка семьи и поддержка с элементами самопомощи в целях удовлетворения потребностей пациентов, (б) усовершенствование системы здравоохранения и разработка системы предоставления услуг в целях удовлетворения потребностей работников здравоохранения и (в) расширенное профессиональное социальное сопровождение и поддержка семьи, вкуче с поддержкой принятия решений и жизнеспособными системами медицинской информации (24). Также в исследованиях CSFM и проектах по укреплению потенциала применялись такие модели, как модель обучения и действий, основанных на принципе участия (25, 26), теория нормализации процессов (27), модель убеждений в отношении здоровья (28) и теория запланированного поведения (29). Эти модели были использованы в целях осуществления планирования и преобразования данных в конкретные действия, а также для согласования европейских и национальных приоритетов здравоохранения с местными потребностями жителей Крита.

На основе данных и опыта, полученного в рамках этих исследовательских инициатив, CSFM разработала обучающие модели и инструменты, способствующие преобразованию знаний для их использования людьми и сообществами и развитию связей между общественным здравоохранением и первичной медико-санитарной помощью (8). В контексте этих усилий к работе систематически привлекались представители множества заинтересованных сторон, включая региональные административные органы и органы здравоохранения со всего региона; была проведена активная работа по расширению возможностей практикующих специалистов и исследователей в рамках программ обучения, нацеленных на развитие новых навыков, в т. ч. техники изменения поведения.

## РЕЗУЛЬТАТЫ: УРОКИ, ИЗВЛЕЧЕННЫЕ ИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ CSFM

Ниже приводится обзор основных результатов исследований CSFM. Подробную информацию о некоторых инициативах CSFM, в том числе о достигнутых результатах, см. в приложении, которое приводится в конце статьи.

### СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ И КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Исследование<sup>1</sup>, проведенное в нескольких учреждениях первичной медико-санитарной помощи на Крите с участием 815 пациентов в возрасте 40 лет, показало высокую распространенность (73,6%) метаболического синдрома (по критериям NCEP-ATP III) среди участников<sup>2</sup>; помимо этого, 13,4% участников были отнесены к высшей категории по показателям риска сердечно-сосудистых заболеваний (по системе оценки сердечно-сосудистого риска SCORE, разработанной Европейским обществом кардиологов; SCORE  $\geq$  10%)<sup>3</sup>. Абдоминальное ожирение было обнаружено у 60% пациентов, а 41% пациентов страдали диабетом. В рамках этого проекта была разработана комплексная база данных, куда были занесены профили сердечно-сосудистых заболеваний всех пациентов первичной медико-санитарной помощи, принявших участие в данном исследовании<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> Неопубликованные данные: Anastasaki M, Papadakis S, Linardakis M, Anyfantakis D, Symvoulakis EK, Lionis C. Prevalence of metabolic syndrome and cardiovascular risk in primary care patients in Greece: a red flag for screening, prevention and treatment. BMC Fam Pract (находится в стадии рассмотрения).

<sup>2</sup> В соответствии с критериями NCEP-ATP III, разработанными в 2001 г. в рамках Национальной образовательной программы по холестерину (NCEP) Группой экспертов по диагностике, оценке и терапии высокого уровня холестерина в крови у взрослых, метаболический синдром выделяется при наличии как минимум трех из пяти следующих состояний: гипергликемия, центральный тип ожирения, гипертриглицеридемия, атерогенная дислипидемия (низкие уровни холестерина ЛПВП) и гипертония (более подробно об этом см. в Third report of the National Cholesterol Education Program Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). NIH Publication 01- 3670. Bethesda: National Institutes of Health; 2001).

<sup>3</sup> Шкале SCORE (Систематическая оценка коронарного риска), разработанная в 2003 г., оценивает вероятность смерти от сердечно-сосудистого заболевания в десятилетний период; учитываются такие показатели, как пол, возраст, курение, систолическое артериальное давление и общий холестерин (более подробно об этом см. в материале Conroy RM, Pyörälä K, Fitzgerald AE, Sans S, Menotti A, De Backer G, et al. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project *Eur Heart J* 2003;24:987–1003).

<sup>4</sup> См. сноску 1.

В связи с высокими показателями сердечно-сосудистого и другого риска, выявленными в данном исследовании, CSFM приняла участие в проекте SPIMEU – Европейском проекте, осуществлявшемся при поддержке Исполнительного агентства по вопросам потребителей, здоровья, сельского хозяйства и питания (CHAFEA) Европейской комиссии (30, 31). Цель этого проекта по укреплению потенциала заключалась в адаптации и разработке инструментов первичной медико-санитарной помощи, предназначенных для проведения скрининга, образовательных программ и программ вмешательства с целью профилактики и контроля кардиометаболических заболеваний. Проект показал, что основная трудность реализации эффективной программы скрининга заключалась в привлечении людей в мероприятия по оценке риска; кроме того, он продемонстрировал важность адаптации методов реализации выбранных программ профилактики кардиометаболических заболеваний в системе первичной медико-санитарной помощи к национальному контексту (32).

На основе знаний и опыта, приобретенных в рамках проекта SPIMEU, был разработан ресурсный пакет методических материалов по проведению скрининга, что стало одним из его главных результатов. Ресурсный пакет готов к использованию в программах здравоохранения для раннего выявления рисков и осуществления эффективного контроля за сердечно-сосудистыми заболеваниями (см. приложение).

## ОЖИРЕНИЕ, НЕДОСТАТОК ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ И ДИАБЕТ

CSFM принимала активное участие в исследовании MEDIS (Исследование средиземноморских островов) – лонгитюдном исследовании по вопросам здоровья и питания людей в возрасте 65 лет и старше на островах Средиземного моря. В ходе исследования были получены подробные данные и новая информация в отношении ожирения, физической активности и диабета среди жителей старшего возраста на Крите и других островах, кроме того, была задокументирована связь этих показателей с социально-демографическими и клиническими характеристиками, а также с образом жизни (33–36). Также исследование MEDIS продемонстрировало многочисленные факторы положительного воздействия на здоровье, связанные с приверженностью средиземноморской диете (37).

## РАК

Статистика заболеваемости и смертности от рака регулярно собирается на основе популяционного реестра раковых заболеваний на Крите (CRC; <https://www.crc.uoc.gr>),

координируемого CSFM. Данные показывают значительный рост числа всех видов рака на Крите за последние 20 лет (38–42). В частности, злокачественные новообразования в легких и бронхах – наиболее распространенный инвазивный тип рака среди мужчин и женщин Крита; на новые случаи рака легких приходится 9% всех случаев рака; стандартизованная по возрасту заболеваемость раком легких на Крите составляет 40,2/100 000/год, среди мужчин – 73,1/100 000/год, среди женщин – 11,8/100 000/год. Неуклонный рост показателей рака легких за последние 20 лет, особенно среди женщин, свидетельствует о необходимости внедрения целенаправленных, географически ориентированных, увязанных с образом жизни мер профилактики рака легких на Крите (41). В исследовании также была обнаружена тесная связь между показателями смертности от рака легких и множественными заболеваниями, семейным анамнезом в отношении рака и влиянием загрязнений атмосферного воздуха; также на острове были определены несколько территорий с высокой заболеваемостью раком легких (38).

## РЕСПИРАТОРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

На Крите был проведен ряд исследований в рамках программы FRESH AIR, осуществляющейся при финансовой поддержке программы исследований и инноваций Европейского союза (ЕС) «Горизонт-2020» (43) в целях документирования актуальных проблем, связанных с медицинскими услугами в области респираторных заболеваний в учреждениях первичной медико-санитарной помощи, с тем чтобы с учетом выявленных трудностей спланировать мероприятия по повышению качества (см. приложение). Проект проводился под эгидой Международной группы по респираторным заболеваниям в первичной медико-санитарной помощи, которая уже долгое время поддерживает усилия по интеграции общественного здравоохранения в Европе в систему первичной медико-санитарной помощи. Ожидается, что результаты этого проекта будут опубликованы в следующем году. Однако по предварительным данным уже можно сделать вывод, что образовательные программы, предназначенные для поставщиков услуг первичной медико-санитарной помощи и общественности, могут существенно повлиять на мобилизацию пациентов/сообществ и продвижение поведенческих изменений и что межведомственное сотрудничество при активном участии пациентов – например, в рамках программ легочной реабилитации – представляется реалистичной, приемлемой и экономически выгодной мерой для местных систем здравоохранения.

## УПОТРЕБЛЕНИЕ ТАБАКА И НИКОТИНОВАЯ ЗАВИСИМОСТЬ

Употребление табака является одной из ведущих причин предотвратимых случаев смерти, инвалидности и затрат на медицинскую помощь в Греции и ведущей причиной серьезных хронических заболеваний среди населения. В рамках инициативы по преобразованию знаний TiTAN-Crete (Критская обучающая сеть по вопросам лечения табачной зависимости), осуществляемой CSFM в партнерстве с Институтом сердца Оттавского университета, были выявлены чрезвычайно высокие показатели употребления табака, ежедневного потребления сигарет и никотиновой зависимости среди пациентов первичной медико-санитарной помощи на Крите, а также продемонстрирована связь между употреблением табака и психическим здоровьем (44). Начальное пилотное исследование, проведенное среди врачей общей практики (ВоП) на Крите, показало существенный рост (25–48%) частоты применения научно обоснованных методов лечения после прохождения ВоП обучающей программы TiTAN-Crete (см. приложение) (45). Учитывая этот положительный опыт, в 2017 г. был инициирован проект TITAN Greece & Cyprus, нацеленный на расширение программы обучения по вопросам лечения табачной зависимости в национальном масштабе и распространение пакета методических материалов по интеграции научно обоснованных методов лечения табачной зависимости в загруженную практику учреждений первичной медико-санитарной помощи – в сотрудничестве с шестью медицинскими школами в Греции и Кипре и при финансовой поддержке инициативы Global Bridges<sup>5</sup> (см. приложение) (46). Таким образом, проект TiTAN-Crete представляет собой наглядный пример сотрудничества CSFM с международными экспертами в целях адаптации и успешной реализации существующей модели эффективной работы (в данном случае – Оттавской модели помощи при отказе от курения), которая теперь стала национальным примером эффективной практики в первичной медико-санитарной помощи (47).

<sup>5</sup> Golden Bridges – это «основанная на научных данных инициатива [...], объединяющая и мобилизующая организации и работников здравоохранения, работающих в области развития эффективных методов лечения табачной зависимости и продвижения научно обоснованной политики по борьбе с табаком» (источник: Global Bridges. About us. In: Global Bridges [website]. Rochester, MN: Mayo Clinic; 2018 (<https://www.globalbridges.org/about-us/#.XAvxHjGYTIU>), по состоянию на 7 декабря 2018 г..

## ДЕМЕНЦИЯ И ДРУГИЕ ВОЗРАСТНЫЕ НЕЙРОДЕГЕНЕРАТИВНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Проект THALIS, осуществлявшийся CSFM, способствовал разработке и внедрению ряда инструментов с потенциалом использования в первичной медико-санитарной помощи для оценки когнитивного состояния пациентов, а также показал, что проблемы деменции и других возрастных нейродегенеративных заболеваний, таких как болезнь Альцгеймера, по-прежнему не получают достаточного внимания в первичной медико-санитарной помощи, хотя они представляют собой существенную угрозу для здоровья населения. Например, по данным проекта THALIS, каждый пятый пациент первичной медико-санитарной помощи в возрасте 60 лет и старше продемонстрировал низкие показатели обследования по Краткой шкале оценки психического статуса (MMSE). Помимо этого, среди пациентов с низкими показателями по шкале MMSE было в два раза больше женщин, чем мужчин, что свидетельствует о том, что женщины более уязвимы к развитию возрастных когнитивных нарушений, что, в свою очередь, связано с различными факторами риска, включая факторы образа жизни и сочетанные заболевания (48). Помимо шкалы MMSE, проект THALIS позволил определить другие диагностические инструменты для оценки когнитивного состояния пациентов, которые могут быть использованы в клинической практике учреждений первичной медико-санитарной помощи (49, 50).

## ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ В ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО- САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Во всем мире широко распространены проблемы психического здоровья, являющиеся причиной безмерных страданий, плохого качества жизни, повышенных показателей смертности и огромных экономических и социальных затрат. В целях реагирования на психические и социально-психологические проблемы населения Крита CSFM разработала электронную платформу DEPREXIS, предназначенную для работы ВоП и сестринского персонала по выявлению распространенных психических нарушений с целью оказания пациентам надлежащей психологической поддержки. Платформа DEPREXIS уже готова к применению – она будет внедрена в 10 учреждениях первичной медико-санитарной помощи на Крите. Для успешного внедрения этого инструмента CSFM также разработала учебный курс для пользователей платформы.



Психическое здоровье мигрантов – еще одна серьезная проблема, которой были посвящены многочисленные исследования и проекты CSFM. В рамках проекта агентства CHAFAEA, реализуемого под названием EUR-HUMAN (Гуманитарное движение и консультативная сеть поддержки беженцев в Европе; см. раздел «Первичная медико-санитарная помощь для беженцев и мигрантов»), был разработан учебный модуль для специалистов первичной медико-санитарной помощи, включающий комплект инструментов для экспресс-оценки социально-психологических и имеющих отношение к психическому здоровью потребностей беженцев и мигрантов (<http://eurhuman.uo.gr>) (51). Основные выявленные проблемы психического здоровья среди беженцев и мигрантов включали депрессию, бессонницу и тревожность (52). Кроме того, проект во многом способствовал разработке и расширению программ укрепления потенциала сотрудников учреждений первичной медико-санитарной помощи стран ЕС, работающих в центрах оказания помощи сообществам и других центрах первичной помощи для беженцев и мигрантов. Результаты качественного исследования, проведенного в рамках другого совместного проекта ЕС – проекта RESTORE<sup>6</sup>, – также показали актуальность проблемы психического здоровья в первичной медико-санитарной помощи среди незарегистрированных мигрантов в Греции (см. приложение). Среди наиболее часто встречающихся психических расстройств у мигрантов, обращающихся в учреждения первичной медико-санитарной помощи в Греции, были выявлены следующие: депрессия и тревожные расстройства, острая реакция на стресс, посттравматические стрессовые расстройства, хроническое злоупотребление алкоголем и другими веществами, а также домашнее насилие (53). Также были определены пробелы в политике здравоохранения и слабые стороны в предоставлении медицинских услуг – в частности, связанные с отсутствием руководящих принципов и протоколов для практической работы, необходимых для устранения неясности в отношении функций работников здравоохранения (53).

Также CSFM осуществила перевод на греческий язык опросного исследования *Physician Readiness to Manage Intimate Partner Violence* (PREMIS) [Готовность врачей к оказанию помощи при насилии со стороны интимного партнера] и протестировала валидность и надежность

<sup>6</sup> Проект RESTORE «нацелен на оптимизацию первичной медицинской и психологической помощи для мигрантов в Европе, с основным вниманием вопросам коммуникации в межкультурных консультациях» (источник: RESTORE. Mission statement. In: RESTORE [веб-сайт]. Galway: National University of Ireland Galway, 2018 (<http://fp7restore.eu/index.php/en/about-restore/mission-statement>, по состоянию на 8 декабря 2018 г.).

опроса на выборке врачей первичной медико-санитарной помощи. Одним из главных результатов этой работы стало выявление факторов, объясняющих причины, по которым ВОП испытывают затруднения в области обеспечения эффективного отклика на проблему домашнего насилия; это, в том числе, следующие факторы: неясность ролей при работе с виктимизированными пациентами, сомнения при диагностике проблемы, дискомфорт при обсуждении с пациентом вопроса насилия со стороны интимного партнера, недоверие к системе перенаправлений и вопросы конфиденциальности, связанные с документированием случаев насилия (54). Сформулировав потребности ВОП в области обучения, CSFM разработала научно обоснованную учебную программу, нацеленную на повышение уровня знаний ВОП по вопросам домашнего насилия и укрепления их навыков для эффективного реагирования на данную проблему (55, 56).

Поскольку социально-психологические проблемы ассоциируются с высоким бременем психических заболеваний и высоким спросом на соответствующие медицинские услуги в учреждениях первичной медико-санитарной помощи, CSFM попыталась определить факторы, способствующие предупреждению социально-психологических и психических проблем. В рамках проекта Spili III социально-психологические аспекты жизни с депрессией были проанализированы на основе Шкалы депрессии Бека, Опросника Royal Free по оценке духовных и религиозных убеждений и Шкалы оценки чувства последовательности. Результаты показали, что социально-психологические детерминанты играют важную роль в течении и развитии целого ряда заболеваний, включая сердечно-сосудистые заболевания (57).

## ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ ДЛЯ БЕЖЕНЦЕВ И МИГРАНТОВ

Упомянутый выше проект EUR-HUMAN представляет собой проект по укреплению потенциала, осуществлявшийся CSFM при поддержке ЕС в целях организации эффективных, интегрированных и основанных на принципах сострадательного отношения медицинских услуг для беженцев и мигрантов (52, 58). Этот проект был основан на результатах начального качественного исследования, в рамках которого была получена важная информация о медицинских потребностях, предпочтениях и пожеланиях беженцев и недавно прибывших мигрантов с учетом трудностей, с которыми они сталкивались при получении медицинской помощи. И хотя проект EUR-HUMAN осуществлялся недолго (лишь один год), влияние этой



инициативы по укреплению потенциала распространились далеко за пределы срока ее реализации, поскольку в рамках проекта: (а) были выработаны квалификационные навыки работников учреждений первичной медико-санитарной помощи, (б) работники первичного звена были снабжены инструментами предоставления помощи беженцам и недавно прибывшим мигрантам, что способствовало быстрому и эффективному повышению потенциала с точки зрения соответствующего опыта и ресурсов, (в) были получены фактические данные, необходимые для формирования политики в области здравоохранения, (г) были разработаны механизмы налаживания диалога с группами заинтересованных сторон (51). По результатам проекта, в котором участвовало несколько стран ЕС, был разработан пакет методических материалов и онлайн-ресурсов для работников первичной медико-санитарной помощи (см. приложение) (51, 52).

Проект EUR-HUMAN выявил множество системных проблем в системе первичной медико-санитарной помощи Греции, связанных с оказанием услуг мигрантам, – в частности, таких как отсутствие четких нормативов в отношении права на медицинское обслуживание и правовые ограничения доступа маргинализированных мигрантов (особенно незарегистрированных мигрантов и просителей убежища, получивших отказ) к медицинским услугам, а также структурные барьеры доступа этих групп к медицинской помощи (эти барьеры были также определены и описаны среди результатов проекта RESTORE) (см. приложение) (53, 59–61). Полученные данные показывают, что для решения этих проблем необходимо уделить первоочередное внимание мероприятиям по развитию навыков работников первичной медико-санитарной помощи в двух важнейших областях здравоохранения – психическое здоровье и здоровье матери и ребенка; кроме того, для налаживания эффективной коммуникации и выстраивания доверительных отношений с затронутыми группами медицинские работники должны обладать культурной и лингвистической компетенцией.

## ОБСУЖДЕНИЕ

В данной статье представлен опыт, полученный в результате осуществления исследовательских проектов CSFM на Крите. Авторы попытались продемонстрировать необходимость развития интегрированной медицинской помощи с акцентом на приоритеты и программы общественного здравоохранения, нацеленные на генерирование научных данных для формирования политики. Через

описание многочисленных исследовательских инициатив, осуществленных CSFM, авторы стремились показать, что интегрированная медицинская помощь может в значительной степени содействовать признанию бремени основных хронических заболеваний и проблем, связанных с предоставлением первичной медико-санитарной помощи. С помощью моделей, использовавшихся на Крите, научные данные были преобразованы в практические меры, и авторы надеются, что полученные данные окажутся полезными в текущей дискуссии по вопросам интеграции общественного здравоохранения в систему первичной медико-санитарной помощи в Греции.

Важнейшая задача CSFM в этом контексте заключалась в укреплении потенциала и развитии инфраструктуры для исследовательской и клинической работы в первичной медико-санитарной помощи. В этих целях, в частности, был создан реестр CRC, с помощью которого заинтересованные стороны и поставщики первичных медико-санитарных услуг могут эффективно внедрять систему интегрированной медицинской помощи. В рамках CRC функционирует цифровая система мониторинга, позволяющая выявлять сообщества и группы повышенного риска, изучать гипотезы в отношении причинно-следственных связей и подбирать данные для разработки предложений по осуществлению целевых программ здравоохранения, направленных на снижение риска развития рака и уровня заболеваемости. Эта система в равной степени актуальна для практикующих специалистов первичной медико-санитарной помощи, специалистов-практиков на других уровнях системы медицинской помощи и для других заинтересованных сторон. Понимание местных тенденций и моделей развития в целях оказания поддержки специалистам первичной медико-санитарной помощи в области ранней диагностики, основанной на вероятностной медицине, и оптимизации поддержки семьи с учетом потребностей и предпочтений людей (в т. ч. в вопросах стигмы, связанной с раком, по-прежнему характерной для многих территорий), их этнической принадлежности, возраста и других демографических характеристик – чрезвычайно важный аспект организации медицинской помощи. Помимо этого, с помощью сопоставления данных, полученных по небольшим сообществам, и определения кластеров CRC поможет определить группы повышенного риска, особенно в отдаленных или сельских районах, где раннее выявление заболеваний особенно затруднительно. Также она может способствовать оптимизации распределения ресурсов и генерировать информацию для формирования политики и планирования неотложной помощи.

Другой важный результат работы CSFM связан с разработкой научно обоснованных инструментов и моделей обучения, соответствующих медицинским потребностям местного населения и обеспечивающих реагирование на актуальные задачи посредством расширения возможностей практикующих специалистов в области проведения скрининга, выявления и контроля неинфекционных заболеваний и соответствующих факторов риска в каждодневной практике первичной помощи, особенно в уязвимых популяциях и группах повышенного риска. В частности, разработанный в рамках проекта SPIME-EU пакет методических материалов позволит практикующим специалистам первичного звена осуществлять эффективные программы скрининга сердечно-сосудистых заболеваний. Предварительные данные по проекту FRESH AIR показывают, что межведомственное сотрудничество с активным участием пациентов вкупе с образовательными мероприятиями для специалистов первичной медико-санитарной помощи и общественности несут в себе потенциал для стимулирования изменений поведения как у пациентов, так и в сообществе в целом, и могут быть легко адаптированы для использования в местных системах здравоохранения. Проект THALIS продемонстрировал, что раннее выявление когнитивных нарушений может быть обеспечено за счет применения в первичной медико-санитарной помощи научно обоснованных, проверенных инструментов регулирования. Ожидается, что с развитием проекта DEPREXIS можно будет обеспечить раннее выявление распространенных психических расстройств на уровне первичного звена медицинской помощи, что позволит разрабатывать и осуществлять эффективные психологические вмешательства. И наконец, два проекта по работе с мигрантами и беженцами демонстрируют потенциал для устранения неравенства в доступе этих групп к услугам первичной помощи, если роль поставщиков первичных медико-санитарных услуг будет переориентирована с функций «диспетчера» в сторону функций «контроллера» и координатора медицинской помощи в более широкой системе здравоохранения (62), с тем чтобы их деятельность была основана на принципах сострадательного отношения и оказания помощи всем людям в обслуживаемом ими сообществе. Эти проекты в значительной степени продемонстрировали необходимость обеспечения связи между общественным здравоохранением и первичной медико-санитарной помощью и могут служить ориентиром для разработчиков политики в их последующих усилиях по созданию системы интегрированных медицинских услуг.

Эта статья не претендует на статус новой исследовательской модели; в ней лишь представлен опыт, накопленный

при изучении возможностей для развития интегрированной медицинской помощи с акцентом на общественное здравоохранение. Этот опыт, полученный в ходе реализации исследовательских проектов CSFM, может быть положен в основу будущих инициатив в области обучения, формирования политики и практической деятельности – как в Греции, так и в других странах со сходными условиями. Безусловно, любые изменения в национальной системе первичной медико-санитарной помощи требуют поэтапной реализации мер – с постоянным вниманием к вопросам гласности в управлении и к существующим ресурсам и механизмам, которые можно использовать. Для подобной работы также необходима система мониторинга, позволяющая отрегулировать инструменты и модели вмешательства в целях их адаптации к политической и экономической ситуации конкретной страны.

Авторы надеются, что приведенные в данной статье подходы и извлеченные уроки будут способствовать дальнейшему развитию диалога в области реформы системы первичной медико-санитарной помощи в Греции, с упором на основные проблемы общественного здравоохранения, затрагивающие население страны, и обеспечат более четкое видение направлений и ориентиры, необходимые для разработки системы интегрированной медицинской помощи. Данные, полученные в рамках описанных здесь инициатив, показывают, что первоочередные меры должны быть нацелены на резкое сокращение бремени основных хронических заболеваний среди населения Греции, поэтому эта статья может также рассматриваться как призыв к действиям в области интеграции общественного здравоохранения в систему первичной медико-санитарной помощи. В частности, авторы надеются, что на основе информации, изложенной в данном материале:

- (а) будет более наглядно показана связь между общественным здравоохранением и первичной медико-санитарной помощью в Греции, где в настоящее время эти две сферы функционируют разрозненно, и более четко продемонстрированы ориентированные на человека подходы, необходимые для осуществления практической работы и предоставления услуг;
- (б) будут использоваться инструменты и обучающие материалы для переподготовки врачей и практикующих специалистов первичного звена с основным акцентом на изменение поведения, связанного со здоровьем, и организационные преобразования;
- (в) будут разрабатываться и осуществляться популяционные программы по охране здоровья и профилактике заболеваний;

(г) извлеченные уроки будут учитываться при разработке программ обучения для студентов высших учебных заведений и программ ординатуры.

Авторы надеются, что уроки, извлеченные из опыта проведения представленных в данной статье инициатив, будут включены в текущее обсуждение новой образовательной программы высшего медицинского образования и профессионально-технического образования по специальности врача общей практики в Греции. Авторы также надеются, что им удалось представить в этой статье не только идеи, но и конкретный обзор методов, инструментов и содержательной части мер, с помощью которых может быть обеспечена успешная интеграция общественного здравоохранения в первичную медико-санитарную помощь.

В настоящее время CSFM изучает возможности обеспечения финансовой и программной устойчивости осуществленных мероприятий и работает над преобразованием извлеченных уроков и разработанных инструментов в конкретные действия по включению общественного здравоохранения в эффективную систему интегрированной медицинской помощи. С этой целью CSFM, в стратегическом партнерстве с Регионом Крита и региональными органами здравоохранения, провела совместную работу с представителями сообщества пациентов, общественности и основных заинтересованных групп, включая учащихся и исследователей Университета Крита и работников первичной медико-санитарной помощи, с целью инициации диалога по вопросам разработки стратегического плана систематической реформы первичной медико-санитарной помощи на Крите – с уже согласованными совместными действиями сторон. В настоящее время идет подготовка учебных модулей для программ высшего медицинского образования, профессионально-технического обучения в ординатуре для ВОП и непрерывной профессиональной подготовки. Также изучаются механизмы систематического вовлечения в эту деятельность разработчиков политики и широких общественных кругов, включая людей с ограниченным или затрудненным доступом к услугам.

## ВЫВОДЫ

В период, когда перед Грецией стоят проблемы, связанные с мерами жесткой экономии и реформой системы здравоохранения, особенно важно опираться на местные и международные передовые практики и опыт. В данной статье был впервые обобщен опыт, полученный в рамках

нескольких европейских исследовательских проектов, в целях содействия формированию политики на основе научных данных в условиях страны, находящейся на начальном этапе развития первичной медико-санитарной помощи. Ожидается, что опыт и уроки, извлеченные из проведенной на Крите работы, будут положены в основу при организации практической деятельности и разработке прогрессивной системы первичной медико-санитарной помощи в Греции, четко ориентированной на аспекты общественного здравоохранения и охватывающей основные угрозы и проблемы, связанные со здоровьем населения, а также при проведении мониторинга и оценки и содействии развитию интегрированной медицинской помощи в стране, которая лишь недавно начала внедрять эту концепцию в свою политику здравоохранения.

Что касается ситуации за пределами Греции: наблюдая изменения, произошедшие во всем мире с момента принятия 40 лет назад Алма-Атинской декларации (12), а также в свете Астанинской декларации и доклада ВОЗ/ЮНИСЕФ 2018 г. *A vision for primary health care in the 21st century* [Стратегическое видение системы первичной медико-санитарной помощи в XXI веке] (63), авторы полагают, что сегодня мы имеем возможность извлечь уроки из ошибок прошлого, сформировать необходимый потенциал и инвестировать в действия, ориентированные на человека и нацеленные на предоставление эффективной медицинской помощи. Как отмечается в докладе ВОЗ/ЮНИСЕФ, для выполнения задач амбициозного стратегического видения первичной медико-санитарной помощи в XXI веке необходима программа преобразований; в частности, в докладе сформулированы 13 рычагов регулирования, с помощью которых эти задачи могут быть выполнены<sup>7</sup> (63). Некоторые из этих задач особенно перекликаются с опытом Крита – это, в частности, задачи, связанные с кадровыми ресурсами первичной медико-санитарной помощи, исследованиями в области первичной помощи и областью мониторинга

<sup>7</sup> В докладе ВОЗ/ЮНИСЕФ сформулированы следующие 13 инструментов регулирования: (i) политические обязательства и лидерство, (ii) руководство и основы для формирования политики, (iii) адекватное финансирование и справедливое распределение ресурсов, (iv) вовлечение сообщества и других заинтересованных сторон в совместную работу по определению проблем, поиску решений и выработке приоритетных мер, (v) модели медицинской помощи с первостепенным вниманием к функциям первичной медико-санитарной помощи и общественного здравоохранения, (vi) организация медицинских услуг высокого качества и уровня безопасности, (vii) сотрудничество с поставщиками услуг в частном секторе, (viii) кадровые ресурсы первичной медико-санитарной помощи, (ix) физическая инфраструктура и надлежащие медицинские препараты, товары и технологии, (x) цифровые технологии, (xi) системы закупок и оплаты, (xii) исследования, ориентированные на первичную медико-санитарную помощь и (xiii) мониторинг и оценка (64).

и оценки. Учитывая внушительные научные данные, представленные на недавней Глобальной конференции по первичной медико-санитарной помощи, а также заключения, сделанные на основе опыта Крита, можно говорить о необходимости радикальной переориентации систем здравоохранения в сторону первичной медико-санитарной помощи и полноценного использования взаимодополняющего сотрудничества с общественным здравоохранением в целях реагирования на более широкие социально-экономические проблемы и другие основополагающие детерминанты здоровья. И наконец, авторы отмечают необходимость расширения программ исследований и обучения в области первичной медико-санитарной помощи и общественного здравоохранения, с основным упором на организацию более широкого диалога, выходящего далеко за рамки научного сообщества.

**Выражение признательности:** подготовка этого материала стала возможной благодаря поддержке множества практикующих специалистов и исследователей, сотрудничающих с CSFM и принимавших активное участие в реализации исследовательских проектов и внедрении мер усовершенствования. Авторы отдельно благодарят членов Критской сети прикладных исследований в области первичной медико-санитарной помощи. Также авторы выражают признательность многочисленным международным, национальным, региональным и местным организациям и учреждениям, с которыми осуществлялось сотрудничество.

**Источники финансирования:** CRC финансируется Регионом Крита; EUR-HUMAN (717319 / EUR-HUMAN) финансировался программой здравоохранения ЕС (2014–2020 гг.); проект FRESH AIR финансировался программой «Горизонт-2020» (грантовое соглашение № 680997); проект RESTORE (проект № 257258) финансировался программой EU FP7; проект SPIMEU (663309 / SPIM EU) финансировался программой здравоохранения ЕС (2014–2020 гг.); проект THALES проводился при финансовой поддержке гранта Европейского союза (Европейский социальный грант) и национальных фондов Греции в рамках операционной программы «Образование и обучение на протяжении всей жизни» Национальной стратегической референс-сети («УОС-Межведомственная сеть по изучению болезни Альцгеймера»; MIS 377299); проект TiTAN-Crete финансировался инициативой Global Bridges (GB-13522581); работа по изучению метаболического синдрома, сердечно-сосудистого риска и сочетанных заболеваний среди пациентов

учреждений первичной медико-санитарной помощи финансировалась компанией ELPEN S.A. Авторы не заключали соглашений с финансовыми организациями, которые могли ограничить их возможности в отношении завершения запланированных исследований, и полностью контролировали все первичные данные.

**Конфликт интересов:** не заявлен

**Ограничение ответственности:** авторы несут самостоятельную ответственность за мнения, выраженные в данной публикации, которые необязательно представляют решения или политику Всемирной организации здравоохранения.

## БИБЛИОГРАФИЯ<sup>8</sup>

1. Technical Brief No. 1. Integrated health services – what and why. Geneva: World Health Organization; 2008 ([https://www.who.int/healthsystems/technical\\_brief\\_final.pdf](https://www.who.int/healthsystems/technical_brief_final.pdf)).
2. World Health Assembly, 69. Framework on integrated, people-centred health services: report by the Secretariat. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://www.who.int/iris/handle/10665/252698>).
3. Plochg T. Building a Tower of Babel in health care? Theory and practice of community-based integrated care. *Int J Integr Care* 2006;6:e21. doi:10.5334/ijic.168.
4. Rawaf S. A proactive general practice: integrating public health into primary care. *London J Prim Care (Abingdon)* 2018;10:17–18. doi:10.1080/17571472.2018.1445946.
5. Hwang W, Chang J, LaClaire M, Paz H. Effects of integrated delivery system on cost and quality. *Am J Manag Care* 2013;19:e175–84.
6. Institute of Medicine. Primary care and public health: exploring integration to improve population health. Washington DC: The National Academies Press; 2012.
7. A global review of primary health care: emerging messages. Geneva: World Health Organization; 2003 ([https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70199/WHO\\_MNC\\_OSD\\_03.01\\_eng.pdf?sequence=1&ua=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70199/WHO_MNC_OSD_03.01_eng.pdf?sequence=1&ua=1)).
8. Lionis C, Symvoulakis EK, Markaki A, Vardavas C, Papadakaki M, Daniilidou N et al. Integrated primary health care in Greece, a missing issue in the current health policy agenda: a systematic review. *Int J Integr Care* 2009;9:e88.
9. Tsiachristas A, Lionis C, Yfantopoulos J. Bridging knowledge to develop an action plan for integrated care for chronic diseases in Greece. *Int J Integr Care* 2015;15:e040.

<sup>8</sup> Все ссылки приводятся по состоянию на 12 декабря 2018 г.



10. Economou C, Kaitelidou D, Karanikolos M, Maresso A. Greece: health system review. *Health Syst Transit* 2017;19:1–196.
11. Реформа здравоохранения в Греции: открытие новых отделений первичной медико-санитарной помощи. Копенгаген: Всемирная организация здравоохранения; 2017 (<http://www.euro.who.int/ru/countries/greece/news/news/2017/12/greek-health-reform-opening-of-new-primary-health-care-units>).
12. Алма-Атинская декларация. Международная конференция по первичной медико-санитарной помощи, Алма-Ата, СССР, 6–12 сентября 1978 г. ([http://www.un.org/ru/documents/decl\\_conv/declarations/almaata78.shtml](http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/almaata78.shtml)).
13. Астанинская декларация. Глобальная конференция по первичной медико-санитарной помощи, Астана, Казахстан, 25–26 октября 2018 г. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2018 (<https://www.who.int/ru/primary-health/conference-phc>).
14. Lindholm LH, Koutis AD, Lionis CD, Vlachonikolis IG, Isacsson A, Fioretos M. Risk factors for ischaemic heart disease in a Greek population. A cross-sectional study of men and women living in the village of Spili in Crete. *Eur Heart J* 1992;13:291–8.
15. Lionis C, Bathianaki M, Antonakis N, Papavasiliou S, Philalithis A. A high prevalence of diabetes mellitus in a municipality of rural Crete, Greece. Some results from a primary care study. *Diabet Med* 2001;18:1–2.
16. Argyriadou S, Lionis C. Research in primary care mental health in Greece. *Ment Health Family Med* 2009;6:229–31.
17. Lionis C, Tzagournissakis M, Iatraki E, Kozyraki M, Antonakis N, Plaitakis A. Are primary care physicians able to assess dementia? An estimation of their capacity after a short-term training program in rural Crete. *Am J Geriatr Psychiatry* 2001;9:315.
18. Brotons C, Björkelund C, Bulc M, Ciurana R, Godycki-Cwirko M, Jurgova E, et al. Prevention and health promotion in clinical practice: the views of general practitioners in Europe. *Prev Med* 2005;40:595–601. doi:10.1016/j.yjmed.2004.07.020.
19. Tzamalouka GS, Parlalis SK, Soulatou P, Papadakaki M, Chliaoutakis JE. Applying the concept of lifestyle in association with aggression and violence in Greek cohabitating couples. *Aggress Behav* 2007;33:73–85. doi:10.1002/ab.20169.
20. Papadakaki M, Tzamalouka GS, Chatzifotiou S, Chliaoutakis J. Seeking for risk factors of intimate partner violence (IPV) in a Greek national sample: the role of self-esteem. *J Interpers Violence* 2009;24:732–50. doi:10.1177/0886260508317181.
21. Global Burden of Disease 2016 Greece Collaborators. The burden of disease in Greece, health loss, risk factors, and health financing, 2000–16: an analysis of the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Public Health* 2018;3:e395–e406. doi:10.1016/S2468-2667(18)30130-0.
22. Economou C, Kaitelidou D, Kentikelenis A, Sissouras A, Maresso A. The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 ([https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0007/266380/The-impact-of-the-financial-crisis-on-the-health-system-and-health-in-Greece.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/266380/The-impact-of-the-financial-crisis-on-the-health-system-and-health-in-Greece.pdf)).
23. Lionis C, Symvoulakis EK, Vardavas CI. Implementing family practice research in countries with limited resources: a stepwise model experienced in Crete, Greece. *Fam Pract* 2010;27:48–54. doi:10.1093/fampra/cmp078.
24. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2. *JAMA* 2002;288:1909–14.
25. Tierney E, McEvoy R, Hannigan A, MacFarlane AE. Implementing community participation via interdisciplinary teams in primary care: an Irish case study in practice. *Health Expect* 2018;1–12. doi:10.1111/hex.12692.
26. Thomas S. What is participatory learning and action (PLA): an introduction. London: Centre for International Development and Training; 2004.
27. Murray E, Treweek S, Pope C, MacFarlane A, Ballini L, Dowrick C, et al. Normalisation process theory: a framework for developing, evaluating and implementing complex interventions. *BMC Med* 2010;8:63. doi:10.1186/1741-7015-8-63.
28. Janz NK, Becker MH. The Health Belief Model: a decade later. *Health Educ Q* 1984;1:1–47. doi:10.1177/109019818401100101.
29. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organ Behav Hum Decis Process* 1991;50:179–211. doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T.
30. Wändell PE, de Waard AM, Holzmann MJ, Gornitzki C, Lionis C, de Wit N, et al. Barriers and facilitators among health professionals in primary care to prevention of cardiometabolic diseases: a systematic review. *Fam Pract* 2018;35:383–98. doi:10.1093/fampra/cmx137.
31. de Waard AM, Wändell PE, Holzmann MJ, Korevaar JC, Hollander M, Gornitzki C, et al. Barriers and facilitators to participation in a health check for cardiometabolic diseases in primary care: a systematic review. *Eur J Prev Cardiol* 2018;25:1326–40. doi:10.1177/2047487318780751.
32. de Waard AM, Hollander M, Korevaar JC, Nielen MMJ, Carlsson AC, Lionis C et al. Selective prevention of cardiometabolic diseases: activities and attitudes of general practitioners across Europe. *Eur J Public Health* 2018; cky112. doi:10.1093/eurpub/cky112.
33. Tyrovolas S, Zeimbekis A, Bountziouka V, Voutsas K, Pounis G, Papoutsou S, et al. Factors associated with the prevalence of diabetes mellitus among elderly men and women living in Mediterranean islands: the MEDIS study. *Rev Diabet Stud* 2009;6:54–63 doi:10.1900/RDS.2009.6.54.



34. Panagiotakos D, Lionis C, Anastasiou F, Zeimbekis A, Lioliou E, Tsiligianni I, et al. Prevalence of risk factors for cardiovascular disease by socio-economic status among the elderly from Mediterranean islands: the MEDIS study. *CVD Prev Control* 2008;3: 153–62. doi:10.1016/j.cvdpc.2008.07.004.
35. Mamplekou E, Bountziouka V, Psaltopoulou T, Zeimbekis A, Tsakoundakis N, Papaerakleous N, et al. Urban environment, physical inactivity and unhealthy dietary habits correlate to depression among elderly living in eastern Mediterranean islands: the MEDIS (MEDiterranean ISlands Elderly) study. *J Nutr Health Aging* 2010;14:449–55.
36. Polychronopoulos E, Pounis G, Bountziouka V, Zeimbekis A, Tsiligianni I, Qira BE, et al. Dietary meat fats and burden of cardiovascular disease risk factors, in the elderly: a report from the MEDIS study. *Lipids Health Dis* 2010; 18;9:30. doi:10.1186/1476-511X-9-30.
37. Tyrovolas S, Bountziouka V, Papairakleous N, Zeimbekis A, Anastassiou F, Gotsis E. Adherence to the Mediterranean diet is associated with lower prevalence of obesity among elderly people living in Mediterranean islands: the MEDIS study. *Int J Food Sci Nutr* 2009;60:137–50. doi:10.1080/09637480903130546.
38. Sifaki-Pistolla D, Lionis C, Koinis F, Georgoulas V, Tzanakis N. Lung cancer and annual mean exposure to outdoor air pollution in Crete, Greece. *Eur J Cancer Prev* 2017;26, S208–14. doi:10.1097/CEJ.0000000000000407.
39. Varlamis I, Apostolakis I, Sifaki-Pistolla D, Dey N, Georgoulas V, Lionis C. Application of data mining techniques and data analysis methods to measure cancer morbidity and mortality data in a regional cancer registry: The case of the island of Crete, Greece. *Comput Methods Programs Biomed* 2017;145:73–83. doi:10.1016/j.cmpb.2017.04.011.
40. Sifaki-Pistolla D, Koinis F, Georgoulas V, Lionis C, Kyriakidis P, Aggelaki S, et al. Lung cancer geographical variation in Crete, 1992–2013. Insights from a population-based registry. *Eur J Public Health* 2016;26:ckw175.089. doi:10.1093/eurpub/ckw175.089.
41. Sifaki-Pistolla D, Lionis C, Georgoulas V, Kyriakidis P, Koinis F, Aggelaki S, et al. Lung cancer and tobacco smoking in Crete, Greece: reflections from a population-based cancer registry from 1992 to 2013. *Tob Induc Dis* 2017;15:6. doi:10.1186/s12971-017-0114-2.
42. Sifaki-Pistolla D, Koinis F, Chatzea VE, Lionakis S, Epitropaki K, Vasilaki E, et al. Towards developing evidence-based GIS-driven infrastructure for cancer surveillance in Greece: Dimitra Sifaki-Pistolla. *Eur J Public Health* 2016;ckw171.028. doi:10.1093/eurpub/ckw171.028.
43. Cragg L, Williams S, Chavannes N. FRESH AIR: an implementation research project funded through Horizon 2020 exploring the prevention, diagnosis and treatment of chronic respiratory diseases in low-resource settings. *NPJ Prim Care Respir Med* 2016;26:16035. doi:10.1038/npjpcrm.2016.35.
44. Girvalaki C, Papadakis S, Vardavas C, Petridou E, Pipe A, Lionis C. Smoking cessation delivery by general practitioners in Crete, Greece. *Eur J Public Health* 2018;28:542–7. doi:10.1093/eurpub/ckx201.
45. Girvalaki C, Papadakis S, Vardavas C, Pipe AL, Petridou E, Tsiligianni I, et al. Training general practitioners in evidence-based tobacco treatment: an evaluation of the Tobacco treatment TrAining Network in Crete (TiTAN-Crete) intervention. *Health Educ Behav* 2018;45:888–97. doi:10.1177/1090198118775481.
46. Papadakis S, Vardavas CI, Katsaounou PA, Samoutis G, Smyrnakis E, Tatsioni A, et al. TiTAN Greece & Cyprus: Primary Care Tobacco treatment TrAining Network in Greece & Cyprus. *Tob Prev Cessation* 2017;3:82. doi:10.18332/tpc/70825.
47. Papadakis S, Cole AG, Reid RD, Coja M, Aitken D, Mullen KA, et al. Increasing rates of tobacco treatment delivery in primary care practice: evaluation of the Ottawa Model for Smoking Cessation. *Ann Fam Med* 2016;14:235–43. doi:10.1370/afm.1909.
48. Zaganas IV, Simos P, Basta M, Kapetanaki S, Panagiotakis S, Koutentaki I, et al. The Cretan Aging Cohort: cohort description and burden of dementia and mild cognitive impairment. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 2018;1533317518802414. doi:10.1177/1533317518802414.
49. Iatraki E, Simos PG, Lionis C, Zaganas I, Symvoulakis EK, Papastefanakis E, et al. Cultural adaptation, standardization and clinical validity of the test your memory dementia screening instrument in Greek. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2014;37:163–80. doi:10.1159/000355376.
50. Prokopiadou D, Papadakaki M, Roumeliotaki T, Komninos ID, Bastas C, Iatraki E, et al. Translation and validation of a questionnaire to assess the diagnosis and management of dementia in Greek general practice. *Eval Health Prof* 2015;38:151–9. doi:10.1177/0163278712474988.
51. Lionis C, Petelos E, Mechili EA, Sifaki-Pistolla D, Chatzea VE, Angelaki A, et al. Assessing refugee healthcare needs in Europe and implementing educational interventions in primary care: a focus on methods. *BMC Int Health Hum Rights* 2018;18:11. doi:10.1186/s12914-018-0150-x.
52. van Loenen T, van den Muijsenbergh M, Hofmeester M, Dowrick C, van Ginneken N, Mechili EA, et al. Primary care for refugees and newly arrived migrants in Europe: a qualitative study on health needs, barriers and wishes. *Eur J Public Health* 2018;28:82–7. doi:10.1093/eurpub/ckx210.
53. Teunissen E, Tsaparas A, Saridaki A, Trigoni M, van Weel-Baumgarten E, van Weel C, et al. Reporting mental health problems of undocumented migrants in Greece: a qualitative exploration. *Eur J Gen Pract* 2016;22:119–25. doi:10.3109/13814788.2015.1136283.

54. Papadakaki M, Petridou E, Kogevinas M, Lionis C. Measuring the effectiveness of an intensive IPV training program offered to Greek general practitioners and residents of general practice. *BMC Med Educ* 2013;13:46. doi:10.1186/1472-6920-13-46.
55. Papadakaki M, Petridou E, Petelos E, Germeni E, Kogevinas M, Lionis C. Management of victimized patients in Greek primary care settings: a pilot study. *J Fam Violence* 2014;29:371–9. doi:10.1007/s10896-014-9596-3.
56. Papadakaki M, Prokopiadou D, Petridou E, Kogevinas M, Lionis C. Defining physicians' readiness to screen and manage intimate partner violence in Greek primary care settings. *Eval Health Prof* 2012;35:199–220. doi:10.1177/0163278711423937.
57. Anyfantakis D, Symvoulakis EK, Linardakis M, Shea S, Panagiotakos D, Lionis C. Effect of religiosity/spirituality and sense of coherence on depression within a rural population in Greece: the Spili III project. *BMC Psychiatry* 2015;15:173. doi:10.1186/s12888-015-0561-3.
58. Mechili E, Angelaki A, Petelos E, Sifaki-Pistolla D, Chatzea VE, Dowrick C, et al. Compassionate care provision: an immense need during the refugee crisis: lessons learned from a European capacity-building project. *J Compassionate Health Care* 2018;5:2. doi: <https://doi.org/10.1186/s40639-018-0045-7>.
59. Lionis C, Papadakaki M, Saridaki A, Dowrick C, O'Donnell CA, Mair FS, et al. Engaging migrants and other stakeholders to improve communication in cross-cultural consultation in primary care: a theoretically informed participatory study. *BMJ Open* 2016;22;6:e010822. doi:10.1136/bmjopen-2015-010822.
60. Papadakaki M, Lionis C, Saridaki A, Dowrick C, de Brún T, O'Reilly-de Brún et al. Exploring barriers to primary care for migrants in Greece in times of austerity; perspectives of service providers. *Eur J Gen Pract* 2017;23:129–35. doi: 10.1080/13814788.2017.1307336.
61. O'Donnell CA, Burns N, Mair FS, Dowrick C, Clissmann C, van den Muijsenbergh M, et al. Reducing the health care burden for marginalised migrants: the potential role for primary care in Europe. *Health Policy* 2016;120:495–508. doi: 10.1016/j.healthpol.2016.03.012.
62. Souliotis K, Lionis C. Creating an integrated health care system in Greece: a primary care perspective. *J Med Syst* 2005;29:187–96.
63. A vision for primary health care in the 21st century. Geneva and New York: WHO and UNICEF; 2018 (<https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/vision.pdf>). ■

## ПРИЛОЖЕНИЕ. СОВМЕСТНЫЕ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЕ ПРОЕКТЫ CSFM, НАЦЕЛЕННЫЕ НА ИНТЕГРАЦИЮ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ПЕРВИЧНУЮ МЕДИКО-САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ

Название проекта, веб-сайт	Цель и основные задачи	Результаты	Инструменты
<p>Проект EU-WISE: «Основанная на самопомощи поддержка для людей с продолжительными заболеваниями, диабетом и болезнями сердца: общесистемный подход»</p> <p>Веб-сайт: <a href="https://cordis.europa.eu/project/rcn/101808_en.html">https://cordis.europa.eu/project/rcn/101808_en.html</a></p>	<p>EU-WISE – проект в рамках программы FP7, нацеленный на изучение возможностей, ресурсов и изменений в практиках, связанных со здоровьем, в различных сообществах и культурных контекстах в Европе</p>	<p>Разработка ориентированной на сообщество стратегии использования ресурсов для контроля за заболеваниями, развитие межорганизационных сетей</p>	<p>В целях повышения информированности людей о функционировании социальных сетей был создан проект / онлайн-инструмент EU-GENIE. Проект GENIE способствовал развитию возможностей обращения к подготовленному персоналу, инструментам и ресурсам для их использования в местном контексте (более подробно об этом см. по ссылке <a href="https://www.clahrcprojects.co.uk/impact/projects/genie-online-social-network-tool-generate-engagement-self-management-support">https://www.clahrcprojects.co.uk/impact/projects/genie-online-social-network-tool-generate-engagement-self-management-support</a>)</p>
<p>Проект RESTORE: «Оценка реализации стратегий поддержки пациентов, имеющих различное происхождение и говорящих на разных языках»</p> <p>Веб-сайт: <a href="https://fp7restore.eu/">https://fp7restore.eu/</a></p>	<p>Проект № 257258 проводился в рамках программы FP7 в шести системах здравоохранения Европы с различными организационными условиями и потенциалом и был нацелен на «оптимизацию первичной медицинской и психологической помощи для мигрантов в Европе, с основным вниманием вопросам коммуникации в межкультурных консультациях»</p>	<p>Пересмотр руководящих принципов и обучающих инициатив в системе первичной помощи</p> <p>Оценка эффективности преобразования этих принципов в практическую работу</p> <p>Оценка потенциала учреждений первичной помощи в области реализации предложенных мероприятий</p> <p>Оценка устойчивости процесса реализации мероприятий</p>	<p>Применение новаторских научных методов (теория нормализации процессов и модель обучения и действий) в исследованиях в учреждениях первичной медико-санитарной помощи в целях оказания конкретного воздействия на процессы проведения межкультурных медицинских консультаций</p>
<p>Проект SPIMEU: «Детерминанты успешного осуществления адресной профилактики кардиометаболических заболеваний в Европе»</p> <p>Веб-сайт: <a href="https://www.spimeu.org/">https://www.spimeu.org/</a></p>	<p>Проектное предложение № 663309, финансируемое Третьей программой действий ЕС в области здравоохранения (2014–2020 гг.), представляет собой трансевропейский исследовательский проект, нацеленный на снижение распространенности кардиометаболических заболеваний в государствах-членах ЕС</p>	<p>Обзор применяемых в настоящее время моделей осуществления адресной профилактики во всех 28 государствах-членах ЕС</p> <p>Разработка программ адресной профилактики, адаптированных к контексту пяти государств-членов ЕС</p>	<p>Пакет методических материалов, в котором представлены актуальные меры для реализации программы адресной профилактики во всех 28 государствах-членах ЕС</p> <p>Инструмент RAPA (Экспресс-оценка физической активности) для оценки уровня физической активности</p> <p>Инструмент HeartScore (более подробно об этом см. по ссылке <a href="https://www.heartscore.org/en_GB/">https://www.heartscore.org/en_GB/</a>)</p>

Название проекта, веб-сайт	Цель и основные задачи	Результаты	Инструменты
<p>Проект FRESH AIR: «Бесплатная оценка респираторного состояния и сокращение воздействия курения на основе усилий интегрированных групп первичной медико-санитарной помощи»</p> <p>Веб-сайт: <a href="https://www.theipcr.org/freshair/">https://www.theipcr.org/freshair/</a></p>	<p>Проектное предложение № SEP-210248848 – трехлетний проект, финансируемый программой «Горизонт-2020» и нацеленный на улучшение профилактики, диагностики и лечения хронических респираторных заболеваний в системах первичной медико-санитарной помощи с ограниченными ресурсами – на основе науки внедрения и научно обоснованных программ вмешательства</p>	<p>Оценка экономического воздействия астмы/ХОБЛ на здравоохранение</p> <p>Анализ местных контекстов в отношении хронических респираторных заболеваний (убеждения, восприятие, поведение)</p> <p>Разработка мероприятий по повышению осведомленности</p> <p>Удаленное обучение и обратная связь по вопросам спирометрии для работников первичной медико-санитарной помощи</p> <p>Обучение работников первичной медико-санитарной помощи вопросам проведения «Кратких консультаций о курении»</p> <p>Внедрение программ легочной реабилитации в рамках первичной помощи</p> <p>Оценка местной ситуации с кашлем и астмой / свистящим дыханием у детей</p> <p>Создание групп сотрудничества заинтересованных сторон</p>	<p>База знаний, включающая следующие компоненты:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· базы данных</li> <li>· инструменты для повышения информированности (перекидные системы, постеры, презентации)</li> <li>· учебные модули (тестирование функции легких, «Краткие консультации о курении», легочная реабилитация)</li> <li>· образовательные материалы (для пациентов и работников здравоохранения)</li> <li>· оборудование и инфраструктура (для тестирования функции легких и легочной реабилитации)</li> </ul>

Название проекта, веб-сайт	Цель и основные задачи	Результаты	Инструменты
<p>Проект TiTAN-Crete: «Критская обучающая сеть по вопросам лечения табачной зависимости»</p> <p>Веб-сайт: <a href="https://titan.uoc.gr">https://titan.uoc.gr</a></p>	<p>Проект TiTAN-Crete осуществляется CSFM в партнерстве с департаментом профилактики и реабилитации Института сердца Оттавского университета, Оттава, Канада, при финансовой поддержке инициативы Global Bridges; цель проекта – создать сеть подготовленных специалистов первичной медико-санитарной помощи на Крите, Греция, которые смогут интегрировать лечение табачной зависимости в каждодневную клиническую практику и станут активистами реализации политики по борьбе с табаком</p>	<p>Оценка изменений в отношении, знаниях и самоэффективности работников первичной медико-санитарной помощи на Крите, а также частоты применения ими методов лечения табачной зависимости после прохождения обучения по проекту TiTAN</p>	<p>Учебные модули для сотрудников первичной медико-санитарной помощи</p> <p>Серия видео с примерами из практики</p> <p>Буклет с планом помощи пациенту в отказе от табака</p> <p>Пакет методических материалов первичной медико-санитарной помощи:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· опрос об употреблении табака</li> <li>· краткие справочники</li> <li>· формы консультирования по прекращению табакокурения</li> </ul>
<p>Проект TiTAN Greece &amp; Cyprus</p> <p>Веб-сайт: <a href="https://titangc.uoc.gr/en.html">https://titangc.uoc.gr/en.html</a></p>	<p>Проект TiTAN Greece &amp; Cyprus был инициирован в 2017 г. в рамках второго гранта от инициативы Global Bridges; его цель – расширить сеть TiTAN до национального уровня в Греции и на Кипре, обучить 300 ВОП и работников первичной медико-санитарной помощи научно обоснованным методам лечения табачной зависимости и распространить инструменты их интеграции в загруженную практику учреждений первичной помощи</p>	<p>Оценка изменений в отношении, знаниях и самоэффективности работников первичной медико-санитарной помощи в Греции и на Кипре, а также частоты применения ими методов лечения табачной зависимости после прохождения обучения по проекту TiTAN</p>	<p>Учебные модули для сотрудников первичной медико-санитарной помощи</p> <p>Курсы повышения квалификации</p> <p>Веб-сайт сети</p> <p>Социальные СМИ</p> <p>Протокол оценки</p> <p>Буклет с планом помощи пациенту в отказе от табака</p> <p>Пакет методических материалов первичной медико-санитарной помощи:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· опрос об употреблении табака</li> <li>· краткие справочники</li> <li>· формы консультирования по прекращению табакокурения</li> </ul>



Название проекта, веб-сайт	Цель и основные задачи	Результаты	Инструменты
<p>Проект THALIS: "UOC-Межведомственная сеть по изучению болезни Альцгеймера"</p>	<p>THALIS – перекрестное многоцентровое исследование, проведенное в 2014 г. в 14 учреждениях первичной медико-санитарной помощи на Крите при финансовой поддержке гранта Европейского социального фонда ЕС и национальных фондов Греции в рамках операционной программы «Образование и обучение на протяжении всей жизни» Национальной стратегической референс-сети (код гранта: MIS 377299); цель проекта – оценка бремени когнитивных нарушений среди людей старшего возраста, обращающихся в учреждения первичной помощи, изучение ассоциированных факторов риска и анализ актуальных проблем, с которыми сталкиваются работники при предоставлении первичной медико-санитарной помощи</p>	<p>Многостороннее сотрудничество между различными секторами и ведомствами  Интегрированная помощь при когнитивных нарушениях</p>	<p>Местная база данных  Инструменты для проведения скрининга (краткая шкала оценки психического статуса, система «Проверь свою память», оценка когнитивного состояния врачом общей практики)</p>

Название проекта, веб-сайт	Цель и основные задачи	Результаты	Инструменты
<p>Проект EUR-HUMAN: «Гуманитарное движение и консультативная сеть поддержки беженцев в Европе»</p> <p>Веб-сайт: <a href="https://eur-human.uoc.gr">https://eur-human.uoc.gr</a></p>	<p>Цель проекта EUR-HUMAN заключается в укреплении потенциала государств-членов ЕС в области обеспечения реагирования на потребности мигрантов и беженцев</p>	<p>Разработка клинических протоколов, руководящих принципов, образовательных и просветительских материалов и программы тренинга для сотрудников, работающих с беженцами и мигрантами</p>	<p>Онлайновые клинические протоколы и руководящие принципы в следующих областях:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· культурная компетенция в здравоохранении (инструмент оценки предоставления сострадательного ухода)</li> <li>· преемственность медицинской помощи (личная медицинская карта и Руководство для работников здравоохранения, выпущенные Международной организацией по миграции)</li> <li>· необходимая информация и охрана здоровья (Индекс политики интеграции мигрантов)</li> <li>· установление очередности оказания помощи (первоначальная оценка и лечение на основе подхода ABCDE)</li> <li>· психическое здоровье (Скрининг здоровья мигрантов – 15 (опросник из 15 пунктов))</li> <li>· материнское и репродуктивное здоровье (Межведомственное практическое руководство по охране репродуктивного здоровья в гуманитарных ситуациях)</li> <li>· здоровье детей (Пакет методических материалов по предоставлению услуг беженцам)</li> <li>· инфекционные заболевания, неинфекционные заболевания и вакцинация (против инфекционных заболеваний, актуальных для мигрантов, недавно прибывших в ЕС / Европейскую экономическую зону)</li> </ul> <p>Онлайн-комплект учебных материалов на разных языках для работников первичной медико-санитарной помощи по следующим семи темам:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· острые заболевания</li> <li>· правовые вопросы</li> <li>· взаимодействие «работник здравоохранения – пациент»</li> <li>· психическое здоровье</li> <li>· сексуальное и репродуктивное здоровье</li> <li>· здоровье детей</li> <li>· хронические заболевания и охрана здоровья</li> </ul> <p>(более подробно об этом см. по ссылке <a href="https://eur-human.uoc.gr/online-courses/">https://eur-human.uoc.gr/online-courses/</a>)</p> <p>Дополнительные учебные материалы для работников первичной медико-санитарной помощи по следующим вопросам:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· оценка неотложных проблем со здоровьем, установление очередности оказания помощи в момент прибытия</li> <li>· инфекционные заболевания</li> <li>· психическое здоровье</li> <li>· взаимодействие «работник здравоохранения – пациент»</li> <li>· неинфекционные заболевания</li> <li>· охват вакцинацией</li> <li>· материнское и репродуктивное здоровье</li> </ul> <p>(более подробно об этом см. по ссылке <a href="https://www.youtube.com/channel/UCvI3kOrEidGv2XA4zAUs01Q">https://www.youtube.com/channel/UCvI3kOrEidGv2XA4zAUs01Q</a>)</p>

Название проекта, веб-сайт	Цель и основные задачи	Результаты	Инструменты
<p>Популяционный канцер-регистр на Крите</p> <p>Веб-сайт: <a href="https://www.crc.uoc.gr">https://www.crc.uoc.gr</a></p>	<p>Популяционный канцер-регистр на Крите предназначен для осуществления систематического мониторинга эпиднадзора за онкологическими заболеваниями, выведения статистики по заболеваемости, выживаемости и смертности и разработки целевых программ воздействия и мер борьбы с раком</p>	<p>Расширение эпидемиологических исследований рака (в частности, публикация результатов и разработка полевых исследований и вмешательств)</p> <p>Сотрудничество с международными и европейскими организациями в выработке методологических стандартов и разработке новаторских концептуальных рамок исследований в отношении конфиденциальности данных и технологий получения данных</p>	<p>Комплексная цифровая система мониторинга</p> <p>Обширная база данных</p>









## INFORMATION FOR AUTHORS

There are no page charges for submissions.  
Please check [www.euro.who.int/en/panorama](http://www.euro.who.int/en/panorama) for details.

Manuscripts should be submitted to [eupanorama@who.int](mailto:eupanorama@who.int)

## EDITORIAL PROCESS

All manuscripts are initially screened by an editorial panel for scope, relevance and scientific quality. Suitable manuscripts are sent for peer review anonymously. Recommendations of at least two reviewers are considered by the editorial panel for making a decision on a manuscript. Accepted manuscripts are edited for language, style, length, etc. before publication. Authors must seek permission from the copyright holders for use of copyright material in their manuscripts.

## ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ АВТОРОВ

Постраничный тариф к присланным документам не применяется.  
Подробную информацию можно найти на веб-сайте:  
[www.euro.who.int/ru/panorama](http://www.euro.who.int/ru/panorama).

Рукописи просьба присылать по адресу: [eupanorama@who.int](mailto:eupanorama@who.int)

## ПРОЦЕСС РЕДАКТИРОВАНИЯ

Все рукописи сначала изучает редакционная коллегия с целью оценки объема, актуальности и научного качества. Выбранные рукописи отправляются экспертам для рецензирования без указания авторов. Затем редакционная коллегия рассматривает рекомендации как минимум двух рецензентов, чтобы принять решение о публикации рукописи. Перед публикацией принятые рукописи проходят литературное редактирование с точки зрения языка и стиля изложения, длины текста и т. п. Авторы должны получить разрешение у владельцев авторского права на использование авторских материалов в своих рукописях.

## THE WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE

The World Health Organization (WHO) is a specialized agency of the United Nations created in 1948 with the primary responsibility for international health matters and public health. The WHO Regional Office for Europe is one of six regional offices throughout the world, each with its own programme geared to the particular health conditions of the countries it serves.

### MEMBER STATES

Albania	Lithuania
Andorra	Luxembourg
Armenia	Malta
Austria	Monaco
Azerbaijan	Montenegro
Belarus	Netherlands
Belgium	Norway
Bosnia and Herzegovina	Poland
Bulgaria	Portugal
Croatia	Republic of Moldova
Cyprus	Romania
Czechia	Russian Federation
Denmark	San Marino
Estonia	Serbia
Finland	Slovakia
France	Slovenia
Georgia	Spain
Germany	Sweden
Greece	Switzerland
Hungary	Tajikistan
Iceland	The former Yugoslav Republic of Macedonia
Ireland	Turkey
Israel	Turkmenistan
Italy	Ukraine
Kazakhstan	United Kingdom
Kyrgyzstan	Uzbekistan
Latvia	

### World Health Organization Regional Office for Europe

UN City, Marmorvej 51,  
DK-2100, Copenhagen Ø, Denmark  
Tel.: +45 45 33 70 00; Fax: +45 45 33 70 01  
Email: eurocontact@who.int  
Web site: www.euro.who.int

## ЕВРОПЕЙСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ БЮРО ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г., основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в различных частях земного шара, каждое из которых имеет свою собственную программу деятельности, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых ими стран.

### ГОСУДАРСТВА-ЧЛЕНЫ

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

### Всемирная организация здравоохранения Европейское региональное бюро

UN City, Marmorvej 51  
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark  
Тел.: +45 45 33 70 00; Факс: +45 45 33 70 01  
Эл. адрес: eurocontact@who.int  
Веб-сайт: www.euro.who.int