



Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Системы здравоохранения в борьбе с неинфекционными заболеваниями

Сборник передовых практик

Редакторы:
Мелитта Якаб
Лисбет Боргерманс
Хосе Зерезо Зерезо
Джилл Фаррингтон





Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

Системы здравоохранения в борьбе
с неинфекционными заболеваниями

Сборник передовых практик

Редакторы:
Мелитта Якаб
Лисбет Боргерманс
Хосе Зерезо Зерезо
Джилл Фаррингтон

РЕФЕРАТ

Данный отчет представляет собой сборник 22 передовых практик, которые демонстрируют успешность ответных мер систем здравоохранения на проблему неинфекционных заболеваний в Европейском регионе ВОЗ. Он дополняет отчет Европейского регионального бюро ВОЗ *Системы здравоохранения в борьбе с неинфекционными заболеваниями: время для амбиций*. Передовые практики описывают эффективные инструменты политики из 16 государств-членов, отражающие многообразие региона с точки зрения развития систем здравоохранения и географического, политического и исторического контекста. Уроки, извлеченные на основании этих передовых практик, подчеркивают тот факт, что панацеи или единственно правильного решения не существует: инструменты передовой практики достигают своего полного потенциала при реализации в контексте комплексного и согласованного системного подхода.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

NONCOMMUNICABLE DISEASES - PREVENTION AND CONTROL
CHRONIC DISEASE - PREVENTION AND CONTROL
DELIVERY OF HEALTH CARE
UNIVERSAL COVERAGE
HEALTH PROMOTION
PRIMARY HEALTH CARE
SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH

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

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

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

© Всемирная организация здравоохранения, 2018 г.

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

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

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

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

Дизайн сборника и обложки: Кристоф Лану, Париж, Франция

Содержание

Слова признательности	5
Введение	6
РАСШИРЕНИЕ ОТВЕТНЫХ МЕР ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ БОРЬБЫ С ДИАБЕТОМ: Комплексная программа раннего выявления нарушений зрения у больных диабетом в Андалузии, Испания	8
МЕЖСЕКТОРАЛЬНЫЕ СЕТИ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В БЕЛЬГИИ: Пример успешной реформы системы охраны психического здоровья посредством реорганизации модели предоставления услуг	12
МНОГОПРОФИЛЬНЫЕ КОМАНДЫ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В КАТАЛОНИИ, ИСПАНИЯ: Эффективная модель предоставления медицинских услуг на уровне популяции	16
ЭЛЕКТРОННЫЕ ПАНЕЛИ В ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ: Расширение профилактики и ведения неинфекционных заболеваний на уровне первичной медико-санитарной помощи в Хорватии	22
ТРУДОУСТРОЙСТВО ЛИЦ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ В ХОРВАТИИ: Межсекторальные действия в области общественного здравоохранения для инклюзивного рынка труда	26
СКАНИРОВАНИЕ ГОРИЗОНТА СПРОСА НА ТРУДОВЫЕ РЕСУРСЫ ДЛЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В АНГЛИИ: Неинфекционные заболевания требуют серьезного сдвига навыков и компетенций	30
ПЛАТА ЗА РЕЗУЛЬТАТЫ (P4P) В ЭСТОНИИ: Преобразовательный инструмент политики для расширения профилактики и ведения неинфекционных заболеваний	36
МЕДИЦИНСКИЕ СЕСТРЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ФИНЛЯНДИИ: Профилактика неинфекционных заболеваний на всех этапах жизни человека	40
НАЛОГ В ИНТЕРЕСАХ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ В ВЕНГРИИ: Пример успешных межсекторальных действий с использованием мер фискальной политики для поддержки выбора в пользу здорового питания и повышения доходов для общественного здравоохранения	44
УКАЗ ОБ ОБЩЕСТВЕННОМ ПИТАНИИ В ВЕНГРИИ: Межсекторальные действия общественного здравоохранения в целях улучшения питания и решения проблем социального неравенства с применением обязательного к исполнению правового инструмента	48
ПОВЫШЕНИЕ РОЛИ МЕДСЕСТЕР И АКУШЕРОК В ИРЛАНДИИ: Передовой опыт трансформации трудовых ресурсов здравоохранения для неинфекционных заболеваний в Европе	52

УКРЕПЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ МУЖЧИН В ИРЛАНДИИ: Наращивание потенциала среди работников здравоохранения первой линии контакта для вовлечения мужчин в заботу о своем здоровье	56
ТЕЛЕМЕДИЦИНА В КАЗАХСТАНЕ: Преодоление разрыва между городом и селом в обеспечении профилактики, диагностики и лечения неинфекционных заболеваний	60
МЕРОПРИЯТИЯ СООБЩЕСТВ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В КЫРГЫЗСТАНЕ: Интегрированный подход к укреплению здоровья и предоставлению услуг первичной медико-санитарной помощи в сельской местности для расширения выявления случаев гипертонической болезни	64
СООБЩЕСТВА, ДРУЖЕЛЮБНЫЕ ПО ОТНОШЕНИЮ К ПОЖИЛЫМ ЛИЦАМ, В МААСО-РЕЙНСКОМ ЕВРОРЕГИОНЕ: Улучшение жизни людей, страдающих от деменции и депрессии пожилого возраста	68
ЦЕНТР ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В НИДЕРЛАНДАХ Создание устойчивого потенциала и альянсов для эффективного укрепления здоровья	70
МОНИТОРИНГ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В ПОРТУГАЛИИ: Выгоды интегрированной информационной системы	76
УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ Пример регионализации услуг для повышения качества и систем оказания медицинской помощи при остром коронарном синдроме в Санкт-Петербурге	80
ЦЕНТРЫ УКРЕПЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ В СЛОВЕНИИ: Интеграция индивидуальных и популяционных услуг для снижения неравенства в здравоохранении на уровне сообществ	86
СТРАТИФИКАЦИЯ НАСЕЛЕНИЯ: Фундаментальный инструмент управления здоровьем населения в Испании	90
РЕФОРМА ПРОГРАММЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В ШВЕЦИИ: На пути к более активному и мультидисциплинарному обучению в области ориентированной на потребности человека медико-санитарной помощи	96
УЛУЧШЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА В УЗБЕКИСТАНЕ: Внедрение пакета основных вмешательств для профилактики и контроля неинфекционных заболеваний с успешным вовлечением медсестер и ранее не охваченных мужчин	100



Слова признательности

Данный сборник был подготовлен под общим руководством доктора Ханса Клюге, Директора отдела систем здравоохранения и охраны общественного здоровья, доктора Гауден Галеа, Директора отдела неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья на всех этапах жизни человека Европейского регионального бюро ВОЗ, и доктора Тамаша Эветовича, Руководителя Барселонского офиса ВОЗ по укреплению систем здравоохранения.

Данный сборник основан на вкладе экспертов из 16 государств-членов, сети ВОЗ «Регионы за здоровье», и Европейского регионального бюро ВОЗ, которые щедро выделили свое время и поделились своим опытом.

С благодарностью отмечается финансовый вклад Автономного сообщества Каталония, Испания, предоставленный в поддержку Барселонского офиса ВОЗ в целях координации данного проекта и сборника, а также вклад Правительства Казахстана посредством Европейского центра ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи.

Хуан Гарсиа предоставил отличную административную поддержку в рамках проекта, и руководил процессом публикации отчета. Отдельные информационные бюллетени по вопросам политики редактировались и переводились несколькими редакторами и переводчиками, которым мы также выражаем признательность. Набор отчета для печати выполнен Кристофом Лануа.



Введение

Сборник передовых практик

Данный отчет представляет собой сборник 22 передовых практик, демонстрирующих успешность ответных мер систем здравоохранения на проблему неинфекционных заболеваний (НИЗ) в Европейском регионе ВОЗ. Сборник дополняет отчет Европейского регионального бюро ВОЗ *Системы здравоохранения в борьбе с неинфекционными заболеваниями: время для амбиций*. Его цель - вдохновлять на действия и способствовать обучению и обмену опытом между странами посредством практических примеров и извлеченных уроков.

Каждая из глав сборника была ранее опубликована как бюллетень по вопросам политики. Бюллетени освещают меры политики и инструменты для эффективного укрепления систем здравоохранения, и повествуют об их обосновании, дизайне и воздействии, с описанием контекста каждого из примеров. Каждый из бюллетеней заканчивается извлеченными уроками, которые содействуют более глубокому пониманию благоприятных и неблагоприятных факторов, лежащих в основе выбранного подхода.

Предыстория проекта «Усиление ответных мер систем здравоохранения на неинфекционные заболевания».

Данный сборник является одним из продуктов мультидисциплинарной и межуправленческой программы работ Европейского регионального бюро ВОЗ «Усиление ответных мер систем здравоохранения на НИЗ» (УСЗ НИЗ). Мотивацией для программы стали растущие призывы предпринять комплексные ответные меры систем здравоохранения на НИЗ, и сильный акцент Основ европейской политики здравоохранения «Здоровье 2020» на НИЗ и системах здравоохранения, а также на целостных подходах к решению вызовов в области общественного здравоохранения.

С 2012 года, когда была запущена программа, был достигнут целый комплекс результатов, включая:

- мультидисциплинарная поддержка стран на основании структурированных оценок;
- наращивание потенциала и ежегодные учебные курсы;
- консультативные встречи один раз в два года, на которых осуществляется апробация разрабатываемых выводов и рекомендаций;
- региональный синтезирующий отчет, обобщающий ключевые выводы для политики;
- информационные бюллетени по передовой практике, собранные в данном сборнике;
- региональное совещание высокого уровня, проведенное в 2018 году для обсуждения успехов, обмена опытом и вдохновения действий.

Выбор передовых практик

В 2012-2017 годах осуществлялся активный поиск примеров передовой практики. В марте 2018 года посредством Сети ВОЗ «Регионы за здоровье» был издан открытый призыв, впоследствии повторенный на региональном совещании высокого уровня «Системы здравоохранения в борьбе с НИЗ: опыт Европейского региона» в апреле 2018 года. Для включения предлагаемых мер политики и инструментов в серию был установлен ряд критериев. Принятые меры политики и инструменты должны:

- отражать политику или инструмент системы здравоохранения, которые связаны с одним или более краеугольным камнем комплексных и согласованных ответных мер систем здравоохранения, описанным в синтезирующем отчете;
- основываться на крупномасштабной (национальной или региональной) реализации инструмента, нежели на изолированных экспериментах или проектах;
- иметь достаточное теоретическое обоснование и доказательства того, что инструмент связан с расширением наиболее выгодных решений в борьбе с НИЗ и улучшением результатов;
- предоставлять свидетельства того, как реализация политики или инструмента расширила основные вмешательства/услуги и/или изменила поведение (популяции, пациентов, клинических работников).

Мультидисциплинарная команда экспертов ВОЗ провела оценку предлагаемых тем, и определила темы, подлежащие включению в сборник.

Географическое распределение передовых практик

Информационные бюллетени отражают практику в 16 странах или регионах и городах этих стран (Бельгия, Хорватия (2), Эстония, Финляндия, Венгрия (2), Ирландия (2), Казахстан, Кыргызстан, Нидерланды, Португалия, Российская Федерация, Словения, Испания (3), Швеция, Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии и Узбекистан). Помимо этого, один из бюллетеней посвящен Маасо-Рейнскому Еврорегиону, трансграничной территории, покрывающей части Бельгии, Германии и Нидерландов. Географическое распределение отражает многообразие региона с точки зрения развития систем здравоохранения и географического, политического и исторического контекста.

Описанные меры политики и инструменты

22 информационных бюллетеня освещают инструменты политики, охватывающие один или несколько основных элементов комплексных и согласованных ответных мер на НИЗ со стороны систем здравоохранения. Для обеспечения согласованности в разных системах, в которых разрабатываются меры политики по борьбе с НИЗ, будь то внутри сектора здравоохранения или за его пределами, важно укреплять системы управления. Ориентация основных вмешательств и услуг по борьбе с НИЗ на потребности человека требует амбициозной трансформации модели предоставления услуг общественного здравоохранения, первичной медико-санитарной помощи и специализированных услуг, с заострением фокуса на вопросах универсальности, мультидисциплинарности, комплексности, координации, непрерывности и результатов. Данную трансформацию модели оказания услуг можно дополнительно поддержать посредством согласованных стратегий, охватывающих четыре функции системы здравоохранения: кадровые ресурсы здравоохранения, финансирование здравоохранения, лекарственную политику и информационные решения.

Извлеченные уроки - системное мышление и согласование играют важнейшую роль

Инструменты, описанные в данном сборнике, - это не панацея. Поскольку НИЗ вплетены в сложную паутину взаимосвязанных причинно-следственных факторов и детерминант здоровья, отдельные инструменты полностью раскрывают свой потенциал только при реализации в контексте комплексного и согласованного системного подхода. В то время как некоторые инструменты могут достаточно уверенно применяться в разных системах, другие могут быть чувствительны к «местной почве». По этой причине бюллетени о передовой практике концентрируются на множественных факторах, которые должны наличествовать для осуществления изменений и обеспечения их устойчивости с течением времени. Эти факторы включают качество и последовательность политики, обеспечение стратегической согласованности, межсекторальное сотрудничество, ключевые люди, руководящие изменениями, поддерживающая организационная культура, создание благоприятной среды, эффективные отношения между управленцами и клиническим персоналом, повышение участия пациентов и общественности, и поддержка основанной на доказательствах политики.

Мы надеемся, что этот сборник, совместно с отчетом *Системы здравоохранения в борьбе с неинфекционными заболеваниями: время для амбиций*, окажут государствам-членам дополнительную поддержку в их стремлении достичь устойчивых улучшений показателей НИЗ, при этом выполнив, или даже превысив свои международные обязательства.



РАСШИРЕНИЕ ОТВЕТНЫХ МЕР ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ БОРЬБЫ С ДИАБЕТОМ: комплексная программа раннего выявления нарушений зрения у больных диабетом в Андалузии, Испания

Мария Асунсион Мартинез-Брокка,¹ Эдуардо Майорал,² Рафаэль Родригез-Акунья,³ Ана М. Карриазо,⁴ Кармен Лама,⁵ Хосефа Руиз Фернандез⁶

Резюме

В 2004 году в рамках комплексного плана по борьбе с диабетом в Андалузии была разработана программа раннего выявления диабетической ретинопатии. В регионе проживает 8,4 млн. человек; по оценкам, уровень заболеваемости сахарным диабетом составляет около 12%.

В настоящее время в рамках программы было обследовано 424 648 пациентов, выполнено 753 523 ретинографий, и охват целевого населения достиг 95%.

Программа способствует более широкому вовлечению работников первичной медико-санитарной помощи и использованию цифровых решений.

Профилактика нарушений зрения у пациентов с диабетом

Сахарный диабет является одним из наиболее распространенных неинфекционных заболеваний в всем мире. В Андалузии им страдает примерно 1 миллион человек.

Диабетическая ретинопатия (ДР) является одним из серьезных осложнений диабета и одной из ведущих причин слепоты среди людей трудоспособного возраста в развитых странах; от ДР страдает большинство людей с диабетом (1). Раннее выявление и лечение исключительно важны для предотвращения потери зрения. В рамках данной программы проведение цифровой рентгенографии осуществлялось в учреждениях первичной медико-санитарной помощи, обеспечивая ее доступность и сокращение времени ожидания.

Программа раннего выявления

В 2003 году в Андалузии был разработан комплексный план лечения диабета с целью улучшения качества предоставляемой медицинской помощи, а также снижения распространенности и последствий диабета в регионе. План был направлен на улучшение координации имеющихся ресурсов, услуг и мер по борьбе с диабетом. Основное внимание уделялось мерам профилактического характера, в том числе раннему выявлению серьезных осложнений и медико-санитарному просвещению; продвижению здорового образа жизни (сбалансированное питание, частая физическая активность и отказ от употребления табака); организации оказания медико-санитарной помощи; подготовке специалистов и научным исследованиям (2,3).

Диабетическая ретинопатия является наиболее часто встречающимся микрососудистым осложнением у людей с диабетом; ее распространенность увеличивается по мере продолжительности заболевания (общий показатель $\leq 30\%$), с высоким риском серьезного нарушения зрительных функций (10%

Ключевые наблюдения

- Координация медико-санитарной помощи, ориентированной на нужды пациента, на первичном и вторичном уровнях системы здравоохранения способствует непрерывности лечения для всех пациентов.
- Активное участие врачей и медсестер первичной медико-санитарной помощи обеспечило успех данной программы раннего выявления диабетической ретинопатии на уровне популяции.
- Комплексные планы медицинского обслуживания, такие как планы по диабету, являются стратегическими инициативами, направленными на сопряжение существующих медицинских потребностей и ожиданий населения с политикой, услугами и распределением ресурсов.
- Андалузия осуществила эту масштабную программу скрининга в цифровом формате, обеспечив совместное использование электронных медицинских карт пациентов на всех уровнях медико-санитарной помощи.
- Программа раннего выявления диабетической ретинопатии связывает организационные изменения с инновационными цифровыми решениями.

пациентов). Раннее выявление и лечение ДР является наилучшей стратегией предотвращения (или замедления) потери зрения (1, 4). В протоколах скрининга для раннего выявления поврежденных сетчатки до начала нарушения зрения широко рекомендуется проведение цифровой ретинографии (5, 6, 7). Поэтому спустя один год (2004 г.) в систему общественного здравоохранения и комплексный план по борьбе с диабетом в Андалузии была включена систематическая программа раннего выявления ДР на уровне популяции (4). Создание программы является наглядным примером установления приоритетов Региональным министерством здравоохранения, а также координации между различными уровнями здравоохранения (первичной и вторичной медико-санитарной помощью и стационарами). В результате такой координации пациент располагается в центре системы здравоохранения.

В основе программы раннего выявления ДР лежит:

- совместный первичный и специализированный или стационарный уход для пациентов с диабетом, основанный на потребностях пациента;
- активное участие работников первичной медико-санитарной помощи; и
- общий доступ к электронным медицинским картам в рамках всей системы общественного здравоохранения Андалузии.

Программа раннего выявления началась в 2004 году с экспериментального проекта в 11 центрах первичной медико-санитарной помощи и 6 стационарах (обеспечивавших обучение, предоставление устройств и анализ результатов) и охвата 360 пациентов с диабетом (4). По завершении первоначальной оценки программа постепенно была распространена на всей территории Андалузии, способствуя повышению профессиональной компетентности и улучшению ухода за пациентами. В начале осуществления программы никаких экономических стимулов не применялось.

Рисунок 1. Рабочий процесс программы раннего выявления диабетической ретинопатии.



СД - сахарный диабет; ДР - диабетическая ретинопатия

Текущая программа раннего выявления ДР работает следующим образом (рис. 1):

- В центрах первичной медико-санитарной помощи медсестры, прошедшие специальную подготовку, выполняют ретинографию; результаты хранятся в электронной медицинской карте пациента в корпоративной системе.
- Скрининг на ДР проводится путем оценки первой ретинографии, проводимой квалифицированным семейным врачом в центре первичной медико-санитарной помощи (для пациентов с диабетом 2 типа) или эндокринологом в стационаре (обычно для пациентов с диабетом 1 типа).
- Пациентам, у которых результаты отрицательные, назначается следующий цикл ретинографии в соответствии с их риском развития ДР.
- Ретинографии, которые показывают положительные или неопределенные результаты, отправляются офтальмологу для повторной оценки.
- Пациенты с ДР (или любыми другими обнаруженными патологиями) направляются к офтальмологу для тщательного полного обследования, лечения и последующего наблюдения (если необходимо).

В настоящее время в регионе насчитывается 155 ретинографов (143 в центрах первичной медико-санитарной помощи и 12 в стационарах) и 44 мобильных групп по ретинографии для проведения обследований в некоторых сельских районах. Таким образом, подавляющее большинство пациентов проходят скрининг на уровне первичной медико-санитарной помощи, что обеспечивает их доступ к программе в ближайшем для них месте оказания медицинских услуг. Пациенты с симптомами ДР направляются к офтальмологу через цифровую платформу для диагностики ДР.

Несколько показателей качества в комплексном плане по борьбе с диабетом, используемых для оценки профессиональной компетентности, в том числе охват целевого населения и время реагирования, связаны с экономическими стимулами.

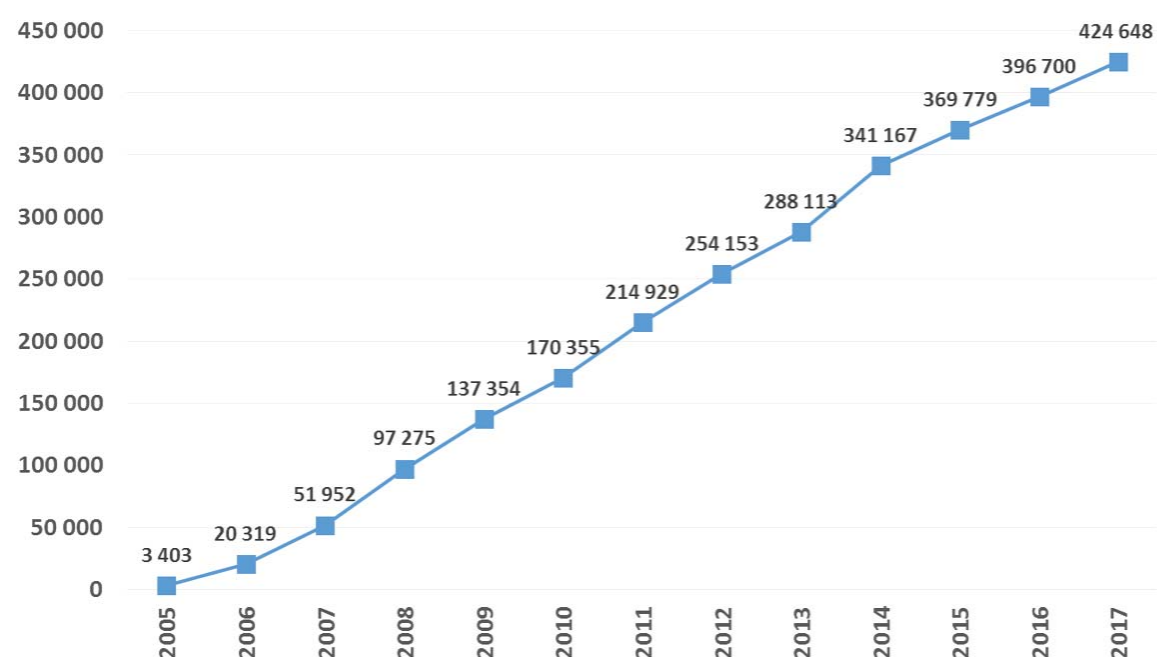
¹ Директор, Комплексный план по борьбе с диабетом в Андалузии, Андалузская служба здравоохранения, Испания
² Сотрудник технической поддержки – исследователь, Комплексный план по борьбе с диабетом в Андалузии, Андалузская служба здравоохранения, Испания
³ Сотрудник технической поддержки - исследователь, Фонд прогресса и здоровья, Андалузия
⁴ Старший советник, Региональное министерство здравоохранения Андалузии, Испания
⁵ Заместитель директора, Укрепление здоровья, профилактика и планирование в области здравоохранения, Региональное министерство здравоохранения Андалузии, Испания
⁶ Генеральный секретарь, Общественное здравоохранение и права потребителей, Региональное министерство здравоохранения Андалузии, Испания

Воздействие

На сегодняшний день программой воспользовались 426 648 пациентов, и было выполнено 753 523 ретинографий (рис.2). В 46 957 случаев была выявлена бессимптомная ДР и проведено лечение, что предотвратило нарушение зрения. Из них, 44 196 случаев были классифицированы как «умеренная до средней степени непролиферативная ДР». Большинство (84%) ретинографий (632 959) были классифицированы как «непатологические», что сводило к минимуму долю пациентов, которых необходимо было направлять к офтальмологу, и, следовательно, предотвращало ненужные поездки и сокращало рабочую нагрузку офтальмологов, а также снижало расходы на здравоохранение и позволило сэкономить около 30 миллионов евро.

Начиная с 2006 года, к концу 2017 года охват программой увеличился до 95% целевого населения (пациенты с диабетом без ранее установленной ДР). Уровень серьезных нарушений зрения по причине наличия ДР в Андалузии снизился в абсолютном и относительном выражении; показатель случаев слепоты, зарегистрированных в период между 2000 и 2014 годами, снизился на 15,2%. В процессе применения цифровой платформы были найдены специальные инновационные решения для оказания помощи в диагностике ДР, включая алгоритм автоматического анализа ретинографий и одно решение для оптимизации частоты последующих посещений. Оба решения проходят оценку. Сопоставительный анализ и использование показателей в рамках программы раннего выявления ДР позволяют оценивать результаты, осуществлять мониторинг и контроль качества, и тем самым обеспечивать непрерывное улучшение.

Рисунок 2. Совокупное число пациентов с диабетом, включенных в программу раннего выявления диабетической ретинопатии (2005-2017 гг.).



Выводы для политики

Программа раннего выявления ДР представляет собой систематическую программу на уровне популяции, которая охватывает почти всю целевую группу в Андалузии, и продемонстрировала прекрасные результаты. Она является частью действующей схемы оказания медицинской помощи больным диабетом, была разработана командой профессионалов на всех уровнях медико-санитарной помощи с учетом ожиданий граждан, и включает метод оценки. Результаты программы помогли снизить бремя этого распространенного неинфекционного заболевания в регионе. Это единственная программа с такими характеристиками в Андалузии.

Роль и участие первичной медико-санитарной помощи в системе способствовали внедрению и результативности программы раннего выявления, поддерживаемой корпоративными цифровыми решениями. Успех программы содействует укреплению комплексного подхода к оказанию медико-санитарной помощи населению, разработанного Региональным министерством здравоохранения Андалузии, и осуществляемого в рамках системы общественного здравоохранения, представляющей собой широкую сеть всеобщего охвата высококачественной доступной медицинской помощью, ориентированной на потребности пациента.

Извлеченные уроки

- **Координация медико-санитарной помощи, ориентированной на потребности пациента, на первичном и вторичном уровнях системы здравоохранения обеспечивает непрерывность лечения для всех пациентов.** Это особенно актуально в случае пациентов с неинфекционными заболеваниями, такими как диабет, а также для пациентов, включенных в программу раннего выявления ДР.
- **Активное участие работников первичной медико-санитарной помощи (врачей и медсестер) является ключом к успеху программы раннего выявления диабетической ретинопатии на уровне популяции.** Проведение скрининга на уровне первичной медико-санитарной помощи обеспечивает доступность, снижает неравенство между жителями городов и сельской местности, и помогает достичь наивысшего охвата (95% целевого населения). Мобильные устройства полезны для охвата географически разбросанного населения в регионе.
- **Комплексные планы медицинского обслуживания, такие как план лечения диабета, являются стратегическими корпоративными инициативами, направленными на сопряжение существующих медицинских потребностей и ожиданий населения с политикой, услугами и распределением ресурсов.** Такие планы содействуют проведению мероприятий в области профилактики, медико-санитарного просвещения и укрепления здоровья, организации оказания медицинской помощи, профессиональной подготовки и проведения научных исследований, а также последующего врачебного наблюдения и оценки. Программа раннего выявления является частью такой корпоративной стратегии, обеспечивающей получение лучших промежуточных и конечных результатов.
- **Андалузия осуществила эту масштабную программу скрининга в цифровом формате, обеспечив совместное использование электронных медицинских карт пациентов на всех уровнях медицинской помощи.** В корпоративной системе необходимая информация доступна во всех пунктах оказания медицинской помощи, и предоставляет данные, необходимые для контроля и оценки качества.
- **Программа раннего выявления включает организационные изменения, связанные с инновационными цифровыми решениями,** в результате чего перемещаются данные и информация, а не пациенты, и повышается эффективность. В настоящее время рассматриваются варианты автоматизированных алгоритмов для чтения ретинографий и оптимизации рабочих процессов. Непрерывная профессиональная подготовка медицинских работников имеет важное значение для принятия таких инноваций.

Справочные материалы

- (1) Коркостегуи Б., Дюран С., Гонзалез-Албарран М.О., Хернандез К., Руиз-Морено Х.М., Сальвадор Х. и др. Последние данные о диагностике и лечении диабетической ретинопатии: консенсусное руководство рабочей группы по здоровому зрению (Испанское общество диабета и Испанское общества стекловидного тела и сетчатки). J Ophthalmol. 2017; 2017:8234186.
- (2) Мартинез Брокка М.А., Координатор. Plan integral de diabetes de Andalucia [Комплексный медицинский план по борьбе с диабетом в Андалузии]. Севилья: Consejería de Salud; 2016 (<https://goo.gl/v9NgaU>).
- (3) Мартинез Брокка М.А., Координатор. Diabetes mellitus: Proceso asistencial integrado [Сахарный диабет: интегрированный процесс здравоохранения], второе издание. Seville: Consejería de Salud; 2017 (<https://goo.gl/dwuVhP>).
- (4) Иборра Окуендо М.В. Programa de detección precoz de la retinopatía diabética en Andalucía. Investigación en diabetes. [Программа раннего выявления диабетической ретинопатии в Андалузии.] Suplemento Extraordinario. Diabetes Pract. 2016;7(Suppl.5):33-7.
- (5) Американская академия офтальмологии/Совет по стекловидному телу и сетчатке. Руководство по предпочитаемой практике®. Диабетическая ретинопатия. Сан Франциско Калифорния: Американская академия офтальмологии; 2017 (www.aao.org/ppp).
- (6) Маркес Пелаез С., Канто Негильо Р. Telemedicina en el seguimiento de enfermedades crónicas: Diabetes Mellitus. Revisión sistemática y evaluación económica [Телемедицина для мониторинга хронических заболеваний: сахарный диабет]. Seville: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2008.
- (7) Валверде К. Автоматизированное выявление диабетической ретинопатии на снимках сетчатки. Indian J Ophthalmol. 2016;64(1): 26-32.

МЕЖСЕКТОРАЛЬНЫЕ СЕТИ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В БЕЛЬГИИ: Пример успешной реформы системы охраны психического здоровья посредством реорганизации модели предоставления услуг

Лисбет Боргерманс¹, Бернард Якоб², Магда Котур³, Пол Де Бок⁴

Резюме

Бельгия сделала выбор в пользу проведения общенациональной реформы сектора охраны психического здоровья в ответ на необходимость улучшения ориентированных на потребности человека подходов к оказанию медицинской помощи людям с психическими расстройствами, что явилось императивом обеспечения ее эффективности. Реформа была направлена на укрепление предложения услуг на уровне сообществ и сокращение числа больничных коек в психиатрических отделениях; она способствовала улучшению интеграции медицинской помощи, улучшению социальной реабилитации и выздоровлению пользователей медицинских услуг, включая улучшение качества жизни пациентов и лиц, осуществляющих уход за ними. Центральное место в реформе занимают межсекторальные сети охраны психического здоровья, предлагающие услуги по охвату и поддержке, профилактику, стационарную и амбулаторную психиатрическую помощь, первичную медико-санитарную помощь, дневной уход, а также профессионально-техническую, жилищную и социальную помощь.

Общенациональная реформа согласуется с Комплексным планом действий ВОЗ в области психического здоровья на 2013-2020 гг. (1), который призывает осуществить переход от институционального медицинского обслуживания к услугам на уровне сообществ. Реформа способствовала улучшению долгосрочной стабильности состояния пациентов и сокращению срока их пребывания в больнице. Она также способствовала значительному сокращению числа больничных коек в психиатрических отделениях в связи с расширением услуг охвата и поддержки людей с психическими расстройствами.

На пути к психиатрической помощи, ориентированной на потребности человека

Бельгия традиционно полагалась на институциональное медицинское обслуживание людей с психическими и неврологическими расстройствами. При уровне более 150 больничных коек на 100 000 жителей, Бельгия входила в тройку лидеров в мире: на 11,3 миллиона человек в Бельгии приходится 68 психиатрических стационаров (2015).

Психические расстройства являются основной причиной инвалидности в Бельгии; 27% случаев длительного отсутствия на рабочем месте связано с психическими расстройствами. Распространенность по крайней мере одного психического заболевания в течение жизни составляет приблизительно 30%. Уровень самоубийств (18,3 на 100 000 населения) в Бельгии значительно выше, чем в других европейских странах (2).

Ключевые наблюдения

- Все министры на федеральном, региональном и общинном уровне, компетентные в вопросах психического здоровья и психиатрии, поддержали реформу.
- Реформа системы охраны психического здоровья стала возможной благодаря перераспределению средств, выделяемых на длительное стационарное психиатрическое лечение больных, в сторону сотрудничества амбулаторных служб и сообществ.
- Межсекторальные сети охраны психического здоровья являются краеугольным камнем бельгийской реформы. Межсекторальные сети предлагают комплексное медицинское обслуживание взрослым пользователям службы охраны психического здоровья.
- Модель управления основывается на децентрализованном лидерстве, и сети могут включать партнеров всех типов в выбранном географическом районе.
- Участие самих пользователей и их родственников является центральным элементом реформы; организация медицинского обслуживания основывается на потребностях пользователей.
- Реформа позволила значительно сократить число больничных коек в психиатрических отделениях в пользу охвата и поддержки людей с психическими расстройствами.

Кроме того, существует значительный “терапевтический пробел”, распространяющийся как на людей, не получающих лечение вовсе, так и на людей, получающих лечение слишком поздно. К факторам, являющимся причиной такой ситуации, относятся стигматизация, наличие финансовых барьеров, отсутствие взаимодействия между первичной медико-санитарной помощью и специализированной помощью, низкая степень доступности услуг и длинные списки ожидания.

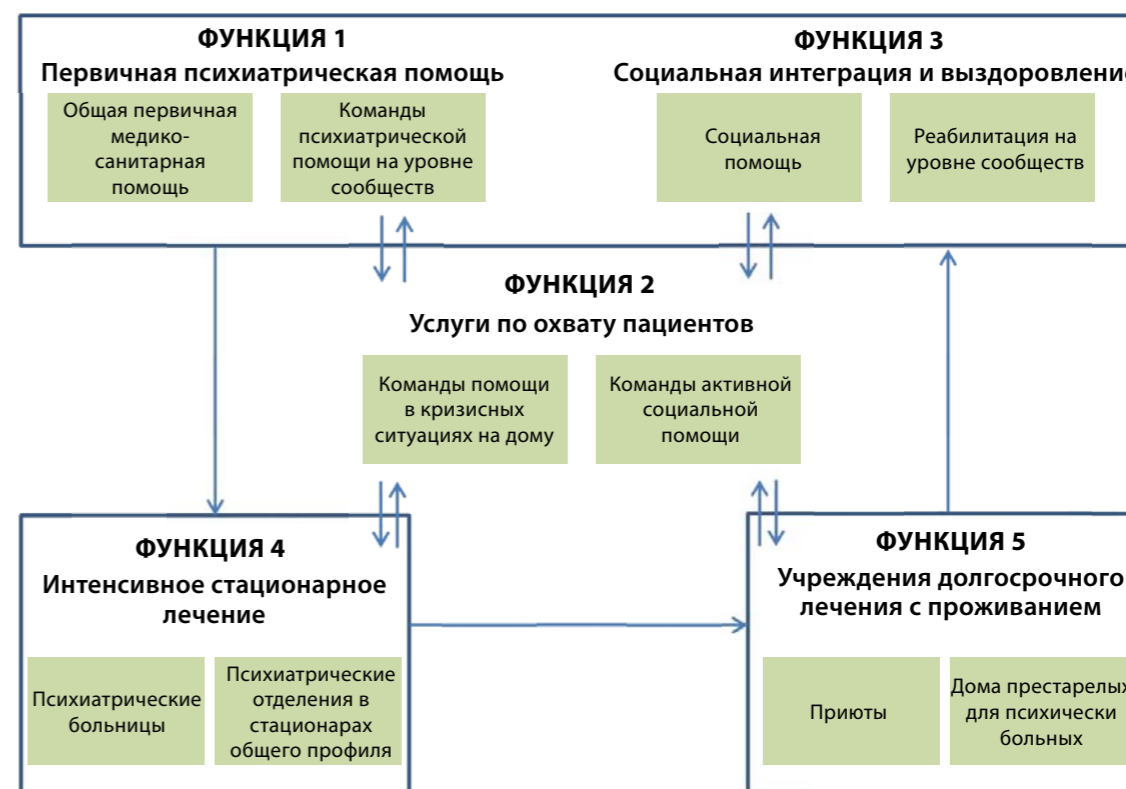
Федеральное правительство и три сообщества (говорящие на французском, голландском и немецком языках) несут совместную ответственность за предоставление услуг психического здоровья в Бельгии. Сообщества имеют право продвигать услуги психического здоровья, а также услуги, связанные с профилактикой, реабилитацией и созданием жилищных условий. В 2002 году все министры, несущие ответственность за общественное здравоохранение, подписали совместную декларацию о лечении острых и хронических форм психических расстройств у представителей трех целевых групп (дети и подростки, взрослые и лица пожилого возраста) в рамках сетей сотрудничества в области охраны психического здоровья и цепей ухода (3). Цепь ухода подразумевает совокупность предоставления программ ухода и услуг для специфической целевой группы (хронических пациентов с психическими расстройствами). Это стало важным шагом в проведении реформ, который сделал медико-санитарную помощь более ориентированной на спрос в удовлетворении потребностей пациентов с психическими расстройствами. Основной задачей на следующие несколько лет является углубление реформы и расширение масштабов реформы с целью охвата всех районов и всех целевых групп, начиная с взрослых пациентов.

Реформа системы охраны психического здоровья

В мае 2010 года органами общественного здравоохранения было разработано *Руководство по улучшению услуг психического здоровья посредством создания цепей ухода и сетей охраны психического здоровья* (4). Оно положило начало процессу реформ в области охраны психического здоровья для взрослых. В Руководстве описывается программа действий и организационная модель, основанная на создании межсекторальных сетей охраны психического здоровья, являющихся центральным элементом реформы.

Модель управления сети основана на децентрализованном лидерстве и опирается на взаимодействие между всеми членами сети (5). Сети могут свободно включать партнеров любых типов и разрабатывать собственные механизмы управления в своих географических районах. Они оказывают комплексную медицинскую помощь взрослым пользователям услуг охраны психического здоровья; поставщики услуг

Рисунок 1. Функции по уходу за пациентами с психическими расстройствами, предлагаемые мультисекторальными сетями охраны психического здоровья



Источник: адаптировано и воспроизведено с разрешения издателя из *Руководства по улучшению услуг психического здоровья посредством создания цепей ухода и сетей охраны психического здоровья* (4).

¹ Консультант Отдела систем здравоохранения и охраны общественного здоровья Европейского регионального бюро ВОЗ, Копенгаген, Дания
² Федеральный координатор, Реформа системы охраны психического здоровья, Федеральное министерство здравоохранения, безопасности пищевой цепи и окружающей среды, Генеральная дирекция здравоохранения, Брюссель, Бельгия
³ Помощник федерального координатора, Реформа системы охраны психического здоровья, Федеральное министерство здравоохранения, безопасности пищевой цепи и окружающей среды, Генеральная дирекция здравоохранения, Брюссель, Бельгия
⁴ Советник по общим вопросам, Начальник отдела психосоциальной медицины, Федеральная общественная служба здравоохранения, безопасности пищевой цепи и охраны окружающей среды, Генеральная дирекция здравоохранения, Брюссель, Бельгия

имеют широкую автономию в определении приоритетности пациентов в отношении предоставления услуг сети (6). В функции сетей охраны психического здоровья входят (рис.1):

- профилактика психических заболеваний и пропаганда охраны психического здоровья, раннее выявление, скрининг и диагностика (функция 1);
- интенсивное лечение острых и хронических психических расстройств амбулаторными командами специалистов (функция 2);
- лечение командами реабилитации, уделяющими особое внимание выздоровлению и социальной интеграции (функция 3);
- интенсивное лечение с проживанием для людей с острыми и хроническими психическими расстройствами (функция 4); и
- специализированные учреждения с проживанием (функция 5).

Мобильные команды в действии

Реформа ставила своей целью сокращение большого числа коек в психиатрических стационарах и создание новых мобильных команд для лечения больных за счет перераспределения средств от институционального ухода за больными (функция 2). Команды состоят из больничного персонала и финансируются из больничного бюджета, но работают полностью на уровне сообществ. Команды активно взаимодействуют с медработниками и организациями здравоохранения на уровне первичной медико-санитарной помощи; оказываемые услуги бесплатны для пациентов. Мобильными командами, специалистами первичной медико-санитарной помощи и стационарами используются общие протоколы оказания медико-санитарной помощи.

С точки зрения стационаров, в краткосрочной перспективе реформа не влекла за собой дополнительных затрат, поэтому не было никаких финансовых причин препятствовать ее реализации. В долгосрочной перспективе реформы могут способствовать экономии средств и улучшению качества жизни и результатов лечения пациентов с психическими расстройствами.

Многопрофильные команды помощи в кризисных ситуациях помогают людям с (под)острыми психическими расстройствами в разрешении кризисных ситуаций посредством краткосрочного лечения на дому и укрепления социальных связей. Работая в тесном контакте с работниками первичной медико-санитарной помощи и социальными службами, команды помощи в кризисных ситуациях предотвращают или сокращают время госпитализации в психиатрических учреждениях посредством практической поддержки, медикаментозного лечения и семейной терапии.

Многопрофильные команды активной социальной помощи уделяют особое внимание вопросам занятости и жилищным условиям лиц с серьезными долгосрочными психическими расстройствами, которые часто труднодоступны, и предоставляют им помощь, ориентированную на выздоровление, в домашней среде. Хотя команды обслуживают всех пациентов, имеющих право на получение интенсивной стационарной психиатрической терапии, данные показывают, что приоритет отдается людям с шизофренией, расстройствами личности и снижением психосоциальных функций. Команды используют индивидуальные планы ухода, разработанные в консультации с пациентами и лицами (в семье), обеспечивающими за ними уход. Планы ухода включают распознавание признаков рецидивов и схемы действий в кризисных ситуациях, а также распределение задач и обязанностей всех лиц, участвующих в процессе осуществления ухода.

Воздействие

В 2017 году было создано 22 функционирующие сети. В настоящее время активно задействовано около 59 мобильных команд (в том числе 24 мобильные команды помощи в кризисных ситуациях и 35 мобильных команд помощи пациентам с хроническими психическими заболеваниями). Создание команд способствовало сокращению числа долгосрочных больничных коек в психиатрических учреждениях на 1230 единиц. В 2016 году командами наблюдалось более 13 000 пациентов; было продемонстрировано, что лечение и уход, предоставляемые этими командами, способствуют предотвращению долгосрочной госпитализации больных.

В результате реформы были также созданы несколько дополнительных амбулаторных центров реабилитации и выздоровления, в которых основное внимание уделялось вопросам жилищных условий и занятости.

В дополнение к созданию новых объектов на уровне сообществ, со значительным сокращением продолжительности госпитализаций также ассоциировались важные изменения в отношении к проблеме в секторе. Кроме того, в результате межсекторального сотрудничества доступность специализированной помощи существенно возросла.

Люди с психическими расстройствами и их семьи ценят возможность выбора вариантов лечения и обычно предпочитают получать лечение и уход в домашней обстановке.

Извлеченные уроки

- Любая реформа в области психического здоровья должна быть обусловлена необходимостью реинтеграции людей с психическими расстройствами в общество и перехода от крупных психиатрических больниц к альтернативным услугам на уровне сообществ.
- Важное значение имеет наличие руководства по вопросам политики, в котором излагается стратегия реформы, а также пути ее реализации.
- Реформа системы охраны психического здоровья требует времени. В течение нескольких десятилетий до реформы в области охраны психического здоровья в Бельгии прошло несколько этапов реформ, характеризующихся решительным уходом от институционализации.
- Несмотря на то, что созданные сети охраны психического здоровья осуществляют все установленные функции, необходим еще более интегрированный подход для дальнейшего улучшения доступности и обеспечения непрерывности оказания медицинских услуг. Для этого требуется формализация и переосмысление структуры управления сетями.
- Сети сильно различаются по размеру и типам предоставляемых услуг, плотности сетевых связей и централизации ключевых услуг. Вопрос о том, существует ли единый вид сетевой структуры, который был бы наиболее подходящим для достижения множества целей реформы одновременно, пока остается открытым.

Справочные материалы

- (1) Комплексный план действий ВОЗ в области психического здоровья на 2013- 2020 гг. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2013 г. (http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/, по состоянию на 1 марта 2018 г.).
- (2) Здоровы ли услуги психического здоровья в Бельгии? Факты за мифами. Брюссель: Институт Итинера; 2013.
- (3) Лорант В., Грард А., Ван Оденхоув К., Хелмер Е., Вандерхаген Дж, Никаис П. Оценка приоритетной целевой группы для сетей охраны психического здоровья в общенациональной реформе психиатрии для взрослых в Бельгии. BMC Health Serv Res. 2016;16:187.
- (4) Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en netwerken [Руководство по улучшению услуг психического здоровья за счет цепей ухода и сетей психиатрической помощи]. Брюссель, 2010.
- (5) Лорант В., Грард А., Никаис П.; Публикация 107, Исследовательская группа. Реализация общенациональной реформы здравоохранения: анализ приоритетов заинтересованных сторон. Community Ment Health J. 2016;52:343–52.
- (6) Лейс М. Реформа системы охраны психического здоровья в Бельгии: организационная интеграция за счет развития сетей. Int J Int Care 2016;16(6):A108.

МНОГОПРОФИЛЬНЫЕ КОМАНДЫ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В КАТАЛОНИИ, ИСПАНИЯ: Эффективная модель предоставления медицинских услуг на уровне популяции

Тони Дедеу¹, Тино Марти²

Резюме

Вдохновленные принципами Алма-Атинской декларации ВОЗ, мультидисциплинарные команды первичной медико-санитарной помощи стали краеугольным камнем реформы первичной медико-санитарной помощи, инициированной в 1985 году, и продлившейся 22 года, в течение которых постепенно повышалась удовлетворенность, качество и эффективность услуг первичной медико-санитарной помощи в Каталонии. В процессе реформ, роль первопроходцев сыграли представители семейной и общественной медицины, при поддержке Каталонского научного общества семейной медицины. Каждый гражданин приписывается к мультидисциплинарной команде первичной медико-санитарной помощи, которая состоит из семейных врачей, педиатров, стоматологов, медсестер первичной медико-санитарной помощи, санитаров, социальных работников и административного персонала здравоохранения, которые обслуживают базовую территорию с населением 20,000 человек. С ходом времени пакет услуг постепенно расширялся, отражая растущую компетенцию мультидисциплинарных команд, и в настоящее время включает услуги, ранее предоставляемые на уровне стационаров. Интегрированная информационная система поддерживает многие функции, включая управление здравоохранением на уровне сообществ, посредством стратификации рисков и интеграции со специализированными услугами с использованием общих электронных медицинских карт.

Повышение отзывчивости системы здравоохранения, эффективности и доступа

В Испании услуги первичной медико-санитарной помощи оказывают многопрофильные команды. Эта модель оказания медицинских услуг была разработана и закреплена в Законе о реформе первичной медико-санитарной помощи 1985 года, который руководствовался принципами Алма-Атинской декларации ВОЗ. Внедрение модели на практике проходило разными темпами в разных автономных сообществах; реформа была направлена на повышение потенциала реагирования служб первичной медико-санитарной помощи, обеспечение равного доступа к медико-санитарным услугам и повышение эффективности всей системы здравоохранения за счет расширения сферы услуг, предоставляемых новыми многопрофильными командами.

Новое поколение семейных врачей Каталонии, получивших новую медицинскую специальность в области семейной и общественной медицины, основанную в 1978 году, начало процесс реформ при поддержке Каталонского научного общества семейной медицины. Хотя преимущества новой модели перевешивали затраты на ее создание, завершение процесса реформ заняло 22 года.

Ключевые наблюдения

- Реализация амбициозной реформы в области первичной медико-санитарной помощи потребовала времени.
- Прочная научная база и участие научного сообщества способствовали укреплению и расширению сферы охвата первичной медико-санитарной помощи.
- Социальная репутация служб первичной медико-санитарной помощи и медработников улучшилась благодаря непрерывным инвестициям в физическую и информационную инфраструктуру и кампании.
- Мультидисциплинарный характер команд первичной медико-санитарной помощи привел к улучшению отзывчивости и показателей здоровья.
- Инновации в сфере информационных технологий в службах первичной медико-санитарной помощи являются краеугольным камнем как клинической практики, так и эффективного управления.
- Увязывание контрактов и механизмов оплаты за результаты с повышением качества оказываемых услуг позволило специалистам по планированию и руководителям служб напрямую содействовать достижению целей политики в области здравоохранения.
- Ориентация на сообщества и интеграция общественного здравоохранения получили существенную поддержку.

Начиная с 1985 года появились новые модели первичной медико-санитарной помощи, основанные на роли медсестер и создании информационных систем, а также на улучшении интеграции со стационарами на уровне сообществ и другими поставщиками услуг здравоохранения.

Ключевые компоненты многопрофильных команд первичной медико-санитарной помощи

Направленность на население

Команды первичной медико-санитарной помощи обслуживают “базовые медицинские участки” – новое деление, основанное на естественном географическом распределении людей. Эти зоны охвата помогли развернуть реформу первичной медико-санитарной помощи, в которой особое внимание уделяется роли сообществ, а ответственность перед прикрепленными группами населения возлагается на службы первичной медико-санитарной помощи. Средний “базовый медицинский участок” охватывает около 20 000 человек. Каждый гражданин автоматически прикрепляется к команде первичной медико-санитарной помощи с семейным врачом и медсестрой в качестве контактных специалистов. С течением времени произошли изменения в отношении права выбора гражданина, что позволило пациентам менять своего врача и медсестру не реже одного раза в год.

Мультидисциплинарные команды

Команды первичной медико-санитарной помощи состоят из семейных врачей, педиатров, стоматологов, медсестер первичного звена, санитаров, социальных работников и административного персонала системы здравоохранения, совместно обслуживающих базовый медицинский участок (Вставка 1). Командная работа осуществляется путем распределения обязанностей по уходу за пациентами между врачами и медсестрами, а также резервирования одного часа в день для совместных мероприятий внутри команды, таких как клинические, учебные или координационные занятия.

Вставка 1. В команду первичной медико-санитарной помощи входят:

- семейный врач и медсестра (1:2000 взрослых);
- педиатр и педиатрическая медсестра (1:1500 детей до 14 лет);
- стоматолог (1:15000 человек);
- социальный работник (1 на команду);
- санитары и административный персонал системы здравоохранения.

Члены команды разделяют роли и обязанности, а медсестры играют ключевую роль в профилактике заболеваний, укреплении здоровья и медико-санитарном просвещении. В таких новаторских командах медсестры являются первой точкой контакта при необходимости оказания помощи в случае неотложных состояний, разрешая более 70% острых случаев, и расширяя возможности, предоставляемые новой специализацией семейной и участковой медсестры (1).

Пакет услуг

Новая специализация в области семейной медицины и роль медсестер помогли расширить спектр услуг в отношении профилактического подхода. В результате применения на первичном уровне методов и технологий, которые когда-то выполнялись только на стационарном уровне, за последние десятилетия значительно возросла полнота и качество реагирования. Такие услуги, как проведение антикоагулянтной терапии, эхографии, спирометрии или инъекционных кожных проб, теперь предлагаются “ближе к дому” в центрах первичной медико-санитарной помощи (рис. 1).

Условия работы

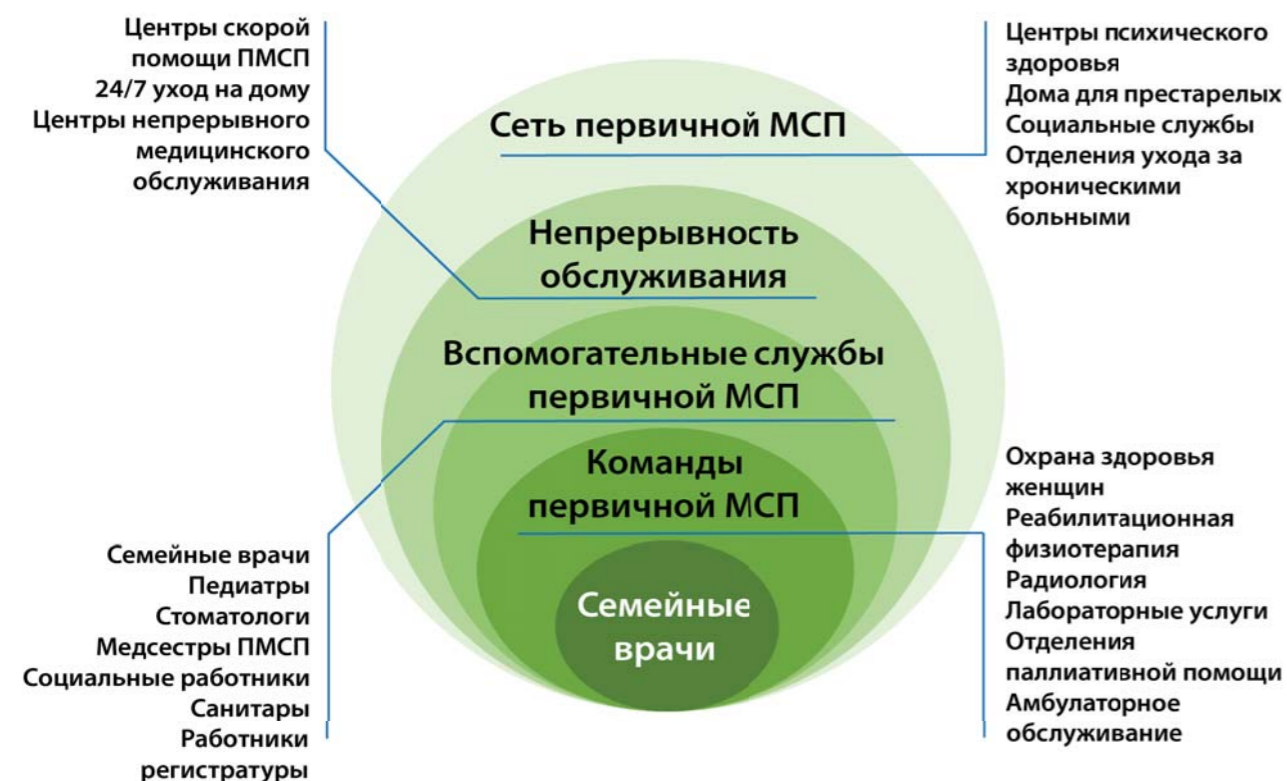
Ключевой причиной необходимости улучшения эффективности оказания услуг первичной медико-санитарной помощи стало обеспечение доступности услуг. В результате реформы число часов работы семейных врачей и медсестер увеличилось до полной ставки (36 часов в неделю). Это изменение позволило

¹ Директор, Агентство по качеству и оценке услуг здравоохранения Каталонии (AQuAS)

² Технический сотрудник, Европейский центр ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи, Европейское региональное бюро ВОЗ.

им обслуживать свои участки с 08:00 до 20:00 в две рабочие смены. Стратегическое наложение рабочего времени обеих смен в течение одного часа в день - с 14:00 до 15:00 - гарантирует наличие времени для планирования мероприятий внутри команды, таких как клинические, учебные и организационные занятия, обеспечивающие совершенствование методов коллективной работы и повышение сплоченности команды. Параллельно с этим, вознаграждение врачей трансформировалось от подушевой оплаты к базовой зарплате с дополнительными выплатами с учетом таких характеристик населения, как проживание в сельской местности или социально-экономический уровень. В 2003 году в схемы оплаты врачей было введено вознаграждение с учетом выполненной работы – плата за результаты (P4P), основывающаяся на достижении годовых целей, а также четырехуровневая программа профессионального развития, которые в 2006 году стали распространяться также на других членов команды. Несмотря на то, что размер вознаграждения в рамках P4P недавно снизился (от 15% до 7,5% годового оклада), P4P продолжает оставаться практическим инструментом для руководителей здравоохранения, используемым для приведения клинических моделей оказания помощи в соответствие с целями национальной политики здравоохранения.

Рисунок 1. Эволюция услуг первичной медико-санитарной помощи



для обеспечения соблюдения принципов первичной медико-санитарной помощи: доступности, непрерывности лечения, продолжительности, качества и эффективности. ЕСАР позволяет семейным врачам и медсестрам вести медицинские карты пациентов, назначать диагностические тесты и лекарственные препараты, придерживаться клинических руководств и общаться с пациентами в рамках защищенной системы электронных консультаций. Специальная система стратификации рисков (GMA) позволяет классифицировать пациентов в соответствии с их риском развития заболеваний и предоставить эту информацию поставщикам медицинских услуг для проведения упреждающего лечения пациентов с хроническими заболеваниями (2). Система бизнес-анализа (SISAP), основанная на ЕСАР, предоставляет врачам и руководителям здравоохранения информацию для отслеживания показателей качества оказания медицинской помощи и сопоставления показателей с другими учреждениями и другими территориями. Каталонская инфраструктура электронного здравоохранения дополняет ЕСАР и SISAP службой электронных рецептов, доступными всему медицинскому персоналу электронными медицинскими картами (пациентов НСЗ), необходимыми для доступа к больничным записям и записям других поставщиков медицинских услуг, а также личной медицинской картой пациента (La Meva Salut), которая позволяет пациентам получить доступ к своим собственным медицинским данным и воспользоваться такими услугами, как электронные консультации.

Практика, основанная на доказательствах, и повышение качества

Совместная работа медицинских научных обществ и Департамента здравоохранения способствовала разработке доказательных протоколов клинической практики, и системы повышения качества, основанной на внедрении клинических руководств и инструментов контроля качества, используемых клиническими системами поддержки принятия решений, доступных через ЕСАР, таких как напоминания об использовании клинических рекомендаций (3). Кроме того, Агентство по качеству и оценке услуг здравоохранения Каталонии (AQuAS) разработало базовую программу для улучшения клинической практики, сокращения гипердиагностики и излишнего лечения, и решения проблемы отмены или сокращения лекарственного препарата. Использование нескольких инструментов сравнительного анализа качества (SISAP, MSIQ, "Results Central") и стандартов (Стандарты качества медицинского обслуживания и порядка назначения лекарственных препаратов) позволяет руководителям здравоохранения отслеживать показатели улучшения качества оказываемых услуг и стимулировать индивидуальную и коллективную работу, а также способствует обеспечению прозрачности и конкуренции на основе показателей качества предоставляемых услуг и показателей здоровья пациента. С появлением проблемы хронических заболеваний такая система позволила командам первичной медико-санитарной помощи улучшить диагностику и лечение пациентов со сложными хроническими заболеваниями и проводить профилактические кампании, направленные на предотвращение наиболее распространенных заболеваний (диабет, артериальное давление, сердечная недостаточность или астма) и факторов риска их развития (курение, алкоголь, недостаточная физическая активность).

Контракт на оказание услуг здравоохранения

CatSalut (Комиссариат Каталонии по вопросам здравоохранения) отвечает за заключение контрактов на оказание услуг здравоохранения и привлечение команд первичной медико-санитарной помощи на основе подушевой оплаты, которая со временем изменилась, перейдя от оплаты, основанной на демографических, социально-экономических и географических показателях, к оплате на основе индекса заболеваемости и справедливости, и которая направлена на перераспределение ресурсов, сокращение неравенства в здравоохранении и признание комплексного характера лечения заболевания, измеренного с помощью инструмента стратификации рисков, составляющего 30% общего объема финансирования на основе подушевого норматива.

Информационные системы здравоохранения

Во время проведения реформы невозможно было предвидеть ту преобразующую силу, которую будут иметь информационные системы здравоохранения. С 1999 года информационная система первичной медико-санитарной помощи (ЕСАР) стоит на службе команд первичной медико-санитарной помощи

Воздействие мультидисциплинарных команд первичной медико-санитарной помощи

Развитие многопрофильных команд первичной медико-санитарной помощи способствовало постепенному улучшению удовлетворенности пациентов, качества и эффективности услуг первичной медико-санитарной помощи в Каталонии. С 2003 по 2015 год глобальные оценки удовлетворенности и лояльности пациентов неуклонно возрастали и демонстрировали отличные показатели: 7,94 из 10 и 88,9% соответственно. Однако необходимы улучшения в обеспечении телефонной доступности, приемов пациентов точно в назначенное время и сокращении времени ожидания при проведении диагностических тестов (4). Как пациенты, так и врачи позитивно воспринимают обеспечение непрерывности оказания медицинских услуг и координации между первичной и вторичной медико-санитарной помощью в плане передачи информации, согласованности и доступности вторичной помощи после направления пациента к специалисту (5).

Профилактические мероприятия и надлежащее лечение пациентов с хроническими заболеваниями повышают качество медицинской помощи, когда работники первичной медико-санитарной помощи

эффективно работают в командах. Оценка услуг первичной медико-санитарной помощи, проведенная в рамках непрерывной программы улучшения качества на основе показателей потенциально предотвратимых госпитализаций, показала значительное снижение уровня хронической обструктивной болезни легких (с 24,5 до 15,5 на 10 000 человеко-лет) и замечательные показатели в отношении сахарного диабета (6,7).

С точки зрения эффективности, затраты на первичное медико-санитарное обслуживание остаются стабильными и составляют примерно 15% от совокупных расходов на здравоохранение; одновременно с этим показатели процесса и результатов улучшились благодаря использованию инструментов мониторинга качества оказания услуг и схемы оплаты по результатам работы. За последние 10 лет эта связь также способствовала контролю стоимости рецептурных лекарственных средств при сохранении качества их назначения.

Следующие шаги

В 2017 году была запущена Национальная стратегия в области первичной медико-санитарной помощи и здравоохранения на уровне сообществ (ENAPISC), направившая первичную медико-санитарную помощь по пути более глубокой ориентации на сообщества, ориентации услуг здравоохранения на потребности пациента и интеграции медицинских услуг, а также согласования этих усилий с другими медико-социальными стратегиями (неотложная помощь, помощь при хронических заболеваниях и социальные услуги). Основными рычагами достижения стратегических целей являются: конфигурация новой структуры местного управления, ответственной за определение объема услуг здравоохранения, изменение модели контрактации, создание сетей первичной медико-санитарной помощи и расширение сферы деятельности многопрофильных команд для улучшения связей с социальными службами. Увеличение количества предоставляемых услуг, улучшение процедур оказания медико-санитарной помощи с обеспечением качества, расширение услуг электронного здравоохранения (электронные консультации и личные медицинские карты пациента) и расширение возможностей пациентов за счет пособий по совместному принятию решений будут способствовать укреплению услуг первичной медико-санитарной помощи.

Извлеченные уроки

- **Внедрение амбициозной реформы в области первичной медико-санитарной помощи может быть долгим и трудным процессом.** Осуществление реформы в Каталонии потребовало 22 лет непрерывных усилий, требующих устойчивого социального и политического консенсуса.
- **Прочная научная основа, разработанная в области семейной и общественной медицины,** и поддерживающая роль научного сообщества способствовала развитию практики семейных врачей и расширению объема деятельности первичной медико-санитарной помощи. Ожидается, что в ближайшие годы новая специализация семейной и участковой медсестры и их соответствующее научное общество окажут аналогичное воздействие.
- **Социальная репутация служб первичной медико-санитарной помощи, семейных врачей и медсестер** положительно развивалась благодаря постоянным инвестициям в физическую и информационную инфраструктуру, а также кампаниям в области здравоохранения, основанным на первичной медико-санитарной помощи.
- **Многопрофильный характер команд первичной медико-санитарной помощи привел к улучшению качества реагирования и показателей здоровья.** Вклад медсестер первичной медико-санитарной помощи в работу семейных врачей позволил обеспечить повышение доступности, полноты, непрерывности и координации оказываемых медицинских услуг. Усиление акцента на участие других членов команды, таких как социальные работники, позволит обеспечить улучшение ухода за пациентами с хроническими заболеваниями и удовлетворение социальных потребностей.
- **Инновации в сфере информационных технологий в службах первичной медико-санитарной помощи являются краеугольным камнем как для клинической практики, так и для управления службами здравоохранения.** ЕСАР, информационная система первичной медико-санитарной помощи, стала информационной основой управления здравоохранением, обеспечения непрерывности и координации медицинской помощи, а также источником колоссального количества данных о здоровье, необходимых для исследований в области первичной медико-санитарной помощи. Ожидается, что новые услуги в области электронного здравоохранения, такие как электронные консультации и

личные медицинские карты пациентов, будут способствовать преобразованию модели оказания услуг и существенному повышению доступности медицинской помощи, а также расширению прав и возможностей пациентов.

- **Увязка контрактов и схем оплаты по результатам работы с аспектами повышения качества позволяют специалистам в области планирования и руководителям здравоохранения эффективно достигать целей политики здравоохранения.** Действия организаций, команд и отдельных лиц согласованы с общими целями, которые легко измерять, контролировать и воплощать в рамках существующих информационных систем. Акцент на качество, а не на действие или сбережение средств, повысил степень вовлеченности медицинских работников.
- **Общерегиональная инициатива в области общинного здравоохранения (ComSalut) и межсекторальный план общественного здравоохранения (PINSAP),** которые активно используют команды первичной медико-санитарной помощи, совместно с ENAPISC, вновь подчеркнули необходимость уделять **особое внимание общинной ориентации на сообщества и интеграции общественного здравоохранения.**

Справочные материалы

- (1) Бригес А.Б., Грао А.П., Родригез Ф.П., Виладомат Е.М., Ферре Дж.Г., Матео Г.Ф. (2016). Оценка управления спросом на сестринские кадры на уровне первичной медико-санитарной помощи. *Aten Primaria*. 48(3):159-65.
- (2) Монтерде Д., Вела Е. и Клерис М. (2016). Адаптированные группы заболеваний: новое измерение мультиморбидности на уровне первичной медико-санитарной помощи. *Aten Primaria*. 48(10):674-82.
- (3) Бу Л.М., Кома Е., Медина М., Хермосилла Е., Иглесиас М., Олмос К. и др. (2016). Эффективность компьютеризированных напоминаний в точке оказания медицинской помощи о соблюдении множественных клинических рекомендаций со стороны поставщиков первичной медико-санитарной помощи: протокол кластер-рандомизированного контролируемого испытания. *Springerplus*. 5(1):1505.
- (4) Вайбель С., Варгас И., Аллер М.Б., Кодерх Дж., Фарре Дж., Вазкез М.Л. (2016). Непрерывность клинического управления и информации между уровнями медицинской помощи: восприятие пользователей в разных областях здравоохранения Каталонской национальной системы здравоохранения. *BMC Health Serv Res*. 16(1):466.
- (5) Аллер М.Б., Варгас И., Кодерх Дж., Калеро С., Котс Ф., Абизанда М., Вазкез-Наваретте М. и др. (2017). Мнения врачей о клинической координации между первичной и вторичной медико-санитарной помощью в Каталонской системе здравоохранения. *Gac Sanit*. pii:S0213-9111(17)30167-X [Электронная публикация перед печатью].
- (6) Либреро Дж., Ибанез-Броиз Б., Пейро С., Ридео-Лопез М., Родригез-Бернал К.Л., Гомез-Ромеро Ф.Дж., Бернал-Дельгадо Е. (2016). Тенденции и вариации по областям в сфере потенциально предотвращаемой госпитализации по ХОБЛ в Испании (2002-2013): значительное снижение и конвергенция между областями. *BMC Health Serv Res*. 16(1):367.
- (7) Мата-Касес М., Роура-Олмеда П., Беренге-Иглесиас М., Бирулес-Понс М., Мундет-Тудури С., Франч-Надаль Дж.А. и др. (2012). Пятнадцать лет непрерывного улучшения качества лечения сахарного диабета 2 типа на уровне первичной медико-санитарной помощи в Каталонии, Испания. *Int J Clin Pract*. 66(3):289-98.

ЭЛЕКТРОННЫЕ ПАНЕЛИ В ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ:

расширение профилактики и ведения неинфекционных заболеваний на уровне первичной медико-санитарной помощи в Хорватии

Зоран Маравич¹, Алтынай Сатылганова²

Резюме

В 2014 году Хорватский фонд медицинского страхования внедрил «электронные панели ПМСП для НИЗ», - инновационный инструмент, позволяющий осуществлять систематическую запись и управление данными о пациентах с неинфекционными заболеваниями (НИЗ) и их факторах риска на уровне первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). Панели предназначены для улучшения модели лечения НИЗ на уровне ПМСП путем усиления роли врачей общей практики (ВОП) в качестве координаторов лечения пациентов с НИЗ или рисками НИЗ. Систематический и легкий доступ к важной информации стал подспорьем в принятии клинических и управленческих решений. Спустя три года после общенационального внедрения панелей ПМСП, к настоящему моменту их охват достиг 3.8 миллионов взрослых. Использование панелей привело к повышению удовлетворенности пациентов, улучшению ведения НИЗ на уровне ПМСП, сокращению числа вторичных осложнений от НИЗ, и уменьшению числа пациентов, которым необходима консультация специалиста.

Усиление роли первичной медико-санитарной помощи в ведении НИЗ

Хорватская национальная стратегия здравоохранения 2012-2020 предусматривает усиление роли ПМСП в области профилактики и ведения НИЗ, и уделяет особое внимание сокращению профилактических услуг в учреждениях ПМСП (1). Неудовлетворительные результаты лечения пациентов, которые привели к высокой преждевременной смертности от основных НИЗ в 2012 году (401 смерть на 100,000 населения), и большая доля консультаций специалистов (23% всех амбулаторных визитов), указывают на то, что более эффективное ведение пациентов с НИЗ или риском НИЗ необходимо осуществлять на уровне ПМСП (2, 3). Поскольку многие страны в восточной части Европейского региона ВОЗ сталкиваются со схожей проблемой, и внедряют информационные решения для улучшения ведения пациентов с НИЗ или риском НИЗ, опыт Хорватии может оказаться весьма полезным.

Внедрение электронных панелей в первичной медико-санитарной помощи

Для решения проблемы растущего бремени НИЗ и связанных с этим издержек, Хорватский фонд медицинского страхования (ХФМС) принял решение улучшить ведение НИЗ на уровне ПМСП путем внедрения информационных технологий в виде «электронных панелей в первичной медико-санитарной помощи». Прототипом электронных панелей ПМСП стал инструмент, используемый в семейной практике в Брезнице, где ВОП решили записывать и хранить антропометрические данные и данные по факторам риска пациентов в виде электронных таблиц Майкрософт Эксель, и актуализировать эти данные во время визитов пациентов (3). Цель заключалась в облегчении навигации по данным пациента и дальнейшем

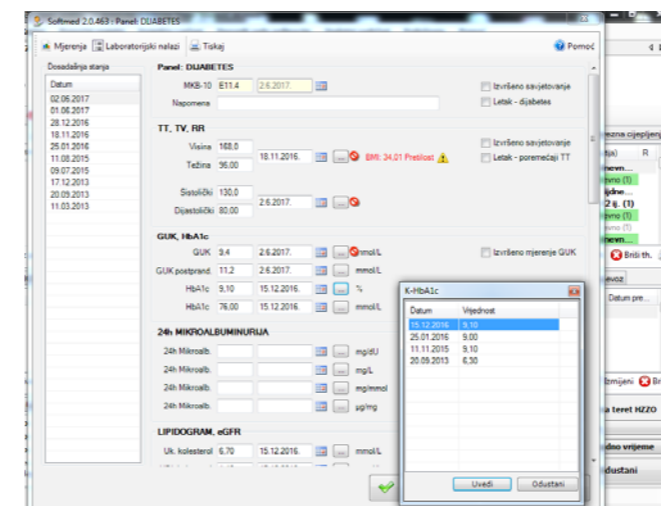
Ключевые наблюдения

- Локальные инновации могут эффективно улучшать раннее выявление и лечение НИЗ.
- Подход к трансформации модели предоставления услуг, ориентированный на потребности, является важным фактором успеха.
- Внедрение инноваций как часть более широкой национальной реформы здравоохранения содействует принятию со стороны широкого спектра заинтересованных сторон.
- Инновационные информационные технологии в первичной медико-санитарной помощи не требуют больших инвестиций.
- Согласование функций более широкой системы здравоохранения, таких, как финансовые стимулы и структура подотчетности, обеспечивает успех инноваций.
- Функциональность и практичность панелей ПМСП была расширена при незначительных дополнительных издержках.

хронологическом наблюдении за динамикой заболевания. Данная инновация получила признание ХФМС в качестве лучшей практики, и ряд национальных компаний в области информационных технологий разработали специализированное программное обеспечение для электронных панелей на основании этой модели. Развитию панелей способствовали финансовые стимулы и согласованная контрактная модель. На протяжении 8 месяцев в период с 2012 по 2013 год электронные панели в ПМСП прошли опытную эксплуатацию в ряде отобранных учреждений в Хорватии, и доказали свою эффективность в улучшении стратификации рисков и ведении НИЗ. После публикации результатов пилотного исследования, панели ПМСП быстро распространились по всей стране, и к концу 2014 году они использовались практически всеми семейными практиками.

«Электронная панель ПМСП» является общим термином для ряда программных инструментов, применяемых на уровне ПМСП. Существует два типа панелей: для профилактики и для хронических заболеваний. «Профилактические электронные панели» заполняются на регулярной основе для всего населения в ходе их контактов с ПМСП. Существуют специфические модули, которые позволяют ВОП записывать и стратифицировать факторы риска НИЗ для населения в возрасте 14 лет и старше. Базовая профилактическая панель включает личную информацию, данные о весе и росте, и встроенные формулы, позволяющие вычислять индекс массы тела и его положение на процентильных шкалах. Модули по возрасту включают вопросы о курении, потреблении алкоголя, артериальном давлении, соотношению охвата талии к охвату бедер, и данные по содержанию глюкозы в плазме (если это показано повышенным индексом массы тела). Одной из основных характеристик профилактической панели является функция выдачи информационных листов о факторах риска и поведенческих изменениях, которые могут распечатываться в ходе визита и передаваться пациенту. Панели заполняются, по возможности, с рекомендуемой частотой каждые 6-12 месяцев, и имеют функцию автоматического всплывающего напоминания.

Рис. 1. Пример электронной панели хронических заболеваний: интуитивный интерфейс делает возможным легкое применение и широкий охват



Источник: Скриншот Зорана Маравича

и эффективность лечения на индивидуальном уровне (Рис. 1). Панели хронических заболеваний также имеют функцию автоматического напоминания о необходимости проведения или повторения тех или иных диагностических процедур и наблюдении пациентов, функцию определения недостающей информации, и базовые инструменты поддержки принятия решений на основании текущих клинических руководств и рекомендаций.

Электронные панели могут заполняться медсестрами ПМСП или врачами общей практики без дополнительного обучения, в основном благодаря хорошо проработанному интуитивному интерфейсу

Интегрированные характеристики панели позволяют переносить всю соответствующую информацию между профилактическими и хроническими панелями, и из электронных медицинских карт, получаемых от стационаров и связанных лабораторий. Информация, собираемая из панелей ПМСП, синхронизируется в режиме реального времени и хранится локально; часть данных хранится централизованно на сервере ХФМС. Вся информация в панелях может распечатываться в цифровом и графическом виде.

¹ Специалист в области семейной медицины, Group Practice Breznica, Хорватия

² Консультант, Отдел систем здравоохранения и охраны общественного здоровья, Европейское региональное бюро Всемирной Организации Здравоохранения

Использование панелей ПМСП отслеживается и возмещается ХФМС как часть смешанной схемы оплаты ПМСП. Охват и полнота профилактических панелей, заполняемых поставщиками ПМСП, отслеживается и возмещается как часть «пакета индикаторов дополнительной деятельности», в то время как целостность и качество панелей по хроническим заболеваниям включаются в «пакет индикаторов качества», а их возмещение составляет около 3% от дохода поставщиков. ХФМС также имеет не финансовую систему вознаграждения учреждений ПМСП, соблюдающих определенные стандарты в области ведения хронических заболеваний, одним из которых являются электронные панели хронических заболеваний.

Влияние электронных панелей ПМСП

Введение панелей ПМСП улучшило оказание услуг для лиц с НИЗ в Хорватии. Со времени их введения в 2013 году, количество профилактических и хронических панелей, как и число зарегистрированных пациентов, увеличилось на 9% в год.

102 428

новых зарегистрированных
и наблюдаемых пациентов с
сахарным диабетом, 2012-2016

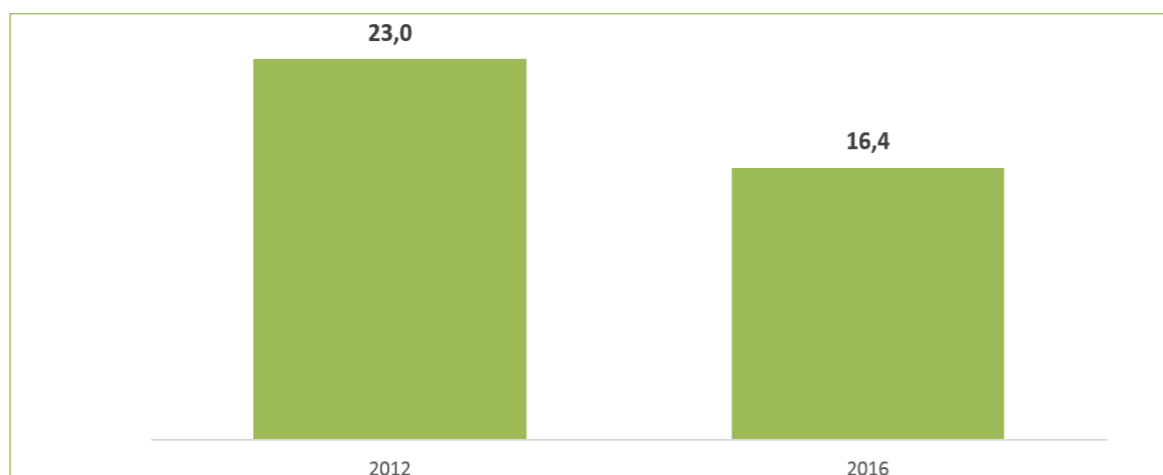
328 237

новых зарегистрированных
и наблюдаемых пациентов с
гипертонией, 2012-2016

Хорватия, как и многие другие страны, страдает от неполной регистрации лиц с хроническими заболеваниями, что является проблемой для непрерывного ведения заболеваний. Внедрение электронных панелей позволило улучшить ситуацию. По оценкам Хорватского института общественного здравоохранения, распространенность сахарного диабета составляет 9,2%, а гипертонии - 40%. До внедрения панелей, в 2012 году, 2% лиц с диабетом и 10% лиц с гипертонией не были зарегистрированы, и не подвергались регулярному наблюдению. К 2016 году количество зарегистрированных достигло уровня предполагаемых показателей распространенности заболеваний.

Базовая поддержка принятия решений и автоматизированный доступ к данным панелей хронических заболеваний привели к улучшению соблюдения существующих клинических руководств, и повысили общую эффективность консультаций ВОП, предоставив дополнительное время для предоставления консультаций касательно образа жизни и обеспечения соблюдения лечения. Это, в свою очередь, сократило число направлений к специалистам. (Рисунок 1) Доступность хронологической информации о пациентах на уровне ПМСП привела к улучшению преемственности лечения и сокращению дублирования диагностических тестов, как на уровне ПМСП, так и на других уровнях оказания медицинской помощи.

Рисунок 1. Снижение доли диабетиков с направлениями к специалистам отражает возросшую уверенность семейных врачей в области ведения заболеваний



Источник: Расчеты автора на основании данных Годовой книги Хорватского института общественного здравоохранения и ХФМС. Примечание: данные за 2016 год включают экстраполяцию данных по визитам к специалистам за 2015 год.

Следующие шаги

В качестве расширения электронных панелей ПМСП, в 2014 году ХФМС ввел две дополнительные панели: панель антикоагулянтной терапии и панель рациональной терапии. Первая позволяет осуществлять быстрое направление, передачу лабораторных результатов и корректировку антикоагулянтной терапии для пациентов. Вторая используется для наблюдения одновременного приема нескольких препаратов для пациентов старше 65 лет. Данные, собираемые в панелях, планируются использовать в реестрах для формирования наиболее актуальных данных для целей политики и планирования услуг.

Извлеченные уроки

- **Локальные инновации могут эффективно улучшать раннее выявление и лечение НИЗ.** Прототипом панелей ПМСП стала небольшая инновация, применяемая в семейных групповых практиках в Брезице, которая была позже признана ХФМС и расширена в общенациональном масштабе, после ряда модификаций. Поскольку местные инновации лучше учитывают специфику системы здравоохранения страны, они, как правило, более успешны и приемлемы при их масштабировании.
- **Подход к трансформации модели предоставления услуг, ориентированный на потребности, является важным фактором успеха.** Низкое сопротивление и активное принятие электронных панелей со стороны поставщиков могут быть связаны с тем фактом, что с самого начала дизайна панелей были учтены их практические потребности. Интуитивное программное обеспечение и апробация в пилотных учреждениях страны продемонстрировали их явные преимущества в улучшении клинических процессов, и способствовали их быстрому принятию на национальном уровне.
- **Внедрение инноваций как часть более широкой национальной реформы здравоохранения содействует принятию со стороны широкого спектра заинтересованных сторон.** Панели ПМСП были внедрены как часть Хорватской национальной стратегии здравоохранения 2012-2020 и в рамках ее призыва об укреплении роли ПМСП в области профилактики и ведения НИЗ. Это способствовало инвестициям и принятию всеми заинтересованными сторонами.
- **Инновационные информационные технологии в первичной медико-санитарной помощи не требуют больших инвестиций.** По данным ХФМС, разработка и внедрение панелей ПМСП не потребовали больших инвестиций. Интуитивный дизайн программного обеспечения позволяет врачам и медсестрам использовать панели без дополнительной подготовки. Однако важно отметить, что электронные панели ПМСП были внедрены в стране, где учреждения уже были оборудованы персональными компьютерами.
- **Согласование функций более широкой системы здравоохранения, таких, как финансовые стимулы и структура подотчетности, обеспечивает успех инноваций.** Одновременно с внедрением панелей в ПМСП, ХФМС пересмотрел систему оплаты ПМСП и включил в нее индикаторы использования панелей, включая полноту и целостность введенных данных, которые возмещаются на ежемесячной основе. Для стимулирования использования панелей хронических заболеваний, ХФМС также ввел систему нефинансовых поощрений учреждений первичного звена, соблюдающих определенные стандарты ведения хронических заболеваний, присуждая им статус «пятизвездочного учреждения».
- **Функциональность и практичность панелей ПМСП была расширена при незначительных дополнительных издержках.** Со времени внедрения панелей ПМСП в 2013 году, в них были добавлены несколько дополнительных модулей для содействия титрации антикоагулянтной терапии и рациональной терапии среди пожилых пациентов. Они были добавлены при незначительных дополнительных издержках путем встраивания в существующее программное обеспечение. Также планируется расширение использования информации, собираемой в панелях, путем укрупнения данных с данными по специфическим заболеваниям, и добавление инструмента для мониторинга факторов риска НИЗ в режиме реального времени.

Справочные материалы

- (1) Национальная стратегия здравоохранения 2012-2020. Загреб: Министерство здравоохранения; 2012 (<https://zdravlje.gov.hr/UserDocImages/dokumenti/Programi,%20projekti%20i%20strategije/Nacionalna%20strategija%20zdravstva%20-%20za%20web.pdf>, просмотрено 31 июля 2017 г.).
- (2) Телло Дж., Сатылганова А., Стаченко С., Жургутис А., Мулхолланд Д., Хабиخت Т. и др. Страновая оценка Хорватии. Улучшение результатов ведения неинфекционных заболеваний: вызовы и возможности для систем здравоохранения. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015.
- (3) Европейская база данных «Здоровье для всех». Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2017 г.

ТРУДОУСТРОЙСТВО ЛИЦ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ В ХОРВАТИИ: Межсекторальные действия в области общественного здравоохранения для инклюзивного рынка труда

Томислав Беньяк¹, Верика Крали²

РЕЗЮМЕ

В Хорватии, как во многих других странах восточного региона ВОЗ, люди с инвалидностью представляют собой недостаточно трудоустроенную группу в рабочей силе, что оказывает значительное влияние на их благополучие и способствует социальному неравенству. Для решения этой проблемы, в 2013 году Хорватия приняла закон «О профессиональной реабилитации и трудоустройству лиц с инвалидностью» в целях повышения занятости представителей этой группы. В число основных регулятивных механизмов входят квоты по количеству лиц с инвалидностью и стимулы для работодателей. Еще одним механизмом является создание интегративных мастерских или рабочих центров, в которых навыки лиц с инвалидностью тестируются для участия на рынке труда или в защищенных и интегративных мастерских. Закон также регулирует разумное приспособление рабочего места, включая физические препятствия, рабочее оборудование и личную помощь. Принятие закона привело к увеличению числа лиц с инвалидностью, занятых на рынке труда в Хорватии.

На пути к инклюзивному рынку труда

Люди с инвалидностью составляют около 12% населения Хорватии, или около миллиона человек, из которых 60% - мужчины, а 48% - трудоспособного возраста (19-64 года). Повышению возможностей трудоустройства для лиц с инвалидностью придается все большее внимание, поскольку это считается вопросом гражданских прав, важных для граждан, и несущим практические выгоды для бизнеса и государственного бюджета. Для лиц с инвалидностью трудоустройство означает повышение экономической самостоятельности, возможность применить свои навыки, и более активное участие в жизни сообщества. Занятость этой группы граждан особенно важна, поскольку наличие инвалидности часто ведет к социальной изоляции, и со временем наносит вред показателям здоровья (1). В связи с ожидаемым сокращением населения трудоспособного возраста, люди с инвалидностью все больше признаются ценным ресурсом рабочей силы, как в частном, так и в государственном секторе.

Ключевые наблюдения

- Создание инклюзивного рынка труда является приоритетным вопросом общественного здравоохранения.
- Национальный институт общественного здравоохранения играет ключевую роль в продвижении межсекторальных действий и сборе доказательной базы для освещения воздействия политики трудоустройства и занятости на здоровье лиц с инвалидностью и на экономику в целом.
- Заинтересованные лица, участвующие в определении политики, могут внести свой вклад в построение инклюзивного рынка труда.
- Работодатели играют важную роль в интеграции лиц с инвалидностью в рабочей среде.
- Для человека с инвалидностью система квотирования в первую очередь предоставляет возможность трудоустройства.
- Интеграция соответствующей информации из разных источников является основой для суждений о рабочих способностях человека.

Закон о профессиональной реабилитации и трудоустройстве лиц с инвалидностью

Политика в отношении лиц с инвалидностью в Хорватии отмечалась активной регулятивной деятельностью с 2001 по 2015 годы (Таблица 1). Нормативно-правовая база в отношении лиц с инвалидностью содержит более 250 законов, подзаконных актов и решений, а также применимые международные документы.

¹ Начальник отдела здравоохранения уязвимых групп населения, Национальный институт общественного здравоохранения, Республика Хорватия

² Начальник отдела сердечно-сосудистых заболеваний, Национальный институт общественного здравоохранения, Республика Хорватия

Национальный институт общественного здравоохранения сыграл важную роль в разработке закона и связанных с ним межсекторальных действиях. Участвуя в работе разных рабочих групп, созданных для подготовки закона, он подготовил доказательную базу для освещения влияния политики трудоустройства и занятости на здоровье лиц с инвалидностью. Он также координировал подготовительную работу разных заинтересованных сторон для акцентирования важности гражданских прав и вопросов здоровья для лиц с инвалидностью.

Таблица 1. Ключевые регулятивные инструменты для лиц с инвалидностью в Хорватии, 2001-2015 г.г.

Год	Регулятивный инструмент
2001	Закон о реестре лиц с инвалидностью в Хорватии
2007	Ратификация Конвенции Организации Объединенных Наций о Правах инвалидов
2007	Национальная стратегия по выравниванию возможностей для лиц с инвалидностью (2007-2015)
2009	Акт о борьбе с дискриминацией
2009	Структура мониторинга и оценки Национальной стратегии 2007 г.
2010	План по деинституционализации
2013	Закон о профессиональной реабилитации и трудоустройстве лиц с инвалидностью
2014	Операционный план по деинституционализации и трансформации Домов социального обеспечения
2014	Решении о Сети социальных услуг
2014	Стратегия по борьбе с бедностью и социальным исключением (2014-2020)
2015	Национальная стратегия по выравниванию возможностей для лиц с инвалидностью (2017-2020)

Закон о профессиональной реабилитации и трудоустройстве лиц с инвалидностью вступил в силу в 2013 году, и его основная цель заключается в содействии привлечению, приему на работу, и удержанию этой категории граждан работодателями (2). Данный закон предоставляет сильные стимулы для профессиональной реабилитации и трудоустройства. Он предусматривает, что работодатели, имеющие в штате не менее 20 работников, обязаны принять на работу, на разумную должность по собственному выбору, и при соответствующих условиях труда, определенное количество лиц с инвалидностью. Наиболее распространенными профессиями среди трудоустроенных лиц с инвалидностью в Хорватии являются продавец, разнорабочий, технический работник, автомеханик, работник фермы, официант, водитель и повар.

Квота варьируется от 2% до 6% (но не менее 2%), в зависимости от количества сотрудников и вида деятельности работодателя. Работодатели, выполняющие квоту, имеют право на финансовую компенсацию в размере 30% от минимального размера оплаты труда в месяц за каждое лицо с инвалидностью. Закон позволяет лицам с инвалидностью работать без потери семейных пенсий, и предоставляет им право выбирать либо рабочую, либо семейную пенсию. Помимо этого, закон предусматривает создание интегративных мастерских или рабочих центров, в которых навыки лиц с инвалидностью тестируются для участия на открытом рынке труда или в защищенных и интегративных мастерских. Закон также регулирует разумное приспособление рабочего места, включая физические препятствия, рабочее оборудование и личную помощь.

Для каждого лица с инвалидностью, подающего заявление о приеме на работу, предусмотрен административный процесс. Сначала проводится оценка на предмет соответствия критериям инвалидности. Предусмотрены следующие критерии инвалидности для трудоустройства лиц с инвалидностью:

- 60% физическая инвалидность в связи с утратой функций нижних конечностей;
- 70% физическая инвалидность в связи с утратой функций верхних конечностей;
- 70% физическая инвалидность в связи с утратой слуха;
- 80% физическая инвалидность в связи с травмами иного типа; и
- 90% полная инвалидность в случае множественных травм, при условии наличия 60% физической инвалидности нижних конечностей, 70% физической инвалидности верхних конечностей, или 70% физической инвалидности в связи с травмами иного типа.

При удовлетворении критериев соответствия, через Национальный реестр инвалидов, который ведется Национальным институтом общественного здравоохранения, выдается справка о трудоустройстве. Положение о Реестре было принято в 2001 году в целях повышения качества регистрируемых данных, и для того, чтобы позволять лицам с инвалидностью пользоваться своими правами в системе. Реестр предоставляет детальные данные об уровне физических, интеллектуальных, чувствительных и психических нарушений, уровне поддержки и рабочих способностях инвалида. Уникальный идентификационный номер позволяет извлекать данные о лице из прочих баз данных для быстрой выдачи необходимых справок.

После данной валидации, Институт экспертизы, профессиональной реабилитации и трудоустройства лиц с инвалидностью определяет, удовлетворил ли работодатель требованиям квоты.

Исполнение закона отслеживается Институтом экспертизы, профессиональной реабилитации и трудоустройства лиц с инвалидностью и Министерством труда и пенсионной системы.

Как часть процесса обеспечения качества в ходе реализации закона, обмудсмен по правам лиц с инвалидностью имеет право доступа к территории и помещениям работодателя. В случае обнаружения нарушений, в течение 30 рабочих дней предоставляется отчет, и работодатель обязан принять корректирующие действия. Более того, если обмудсмен приходит к выводу о том, что человек с инвалидностью подвергается дискриминации, насилию, злоупотреблениям или эксплуатации, государственному прокурору и в государственный административный орган направляется жалоба с предложением мер по защите прав и интересов лиц с инвалидностью.

Воздействие

Закон о профессиональной реабилитации и трудоустройстве лиц с инвалидностью является важным стимулом для работодателей привлекать, нанимать и удерживать лиц с инвалидностью. Около 11,000 лиц с инвалидностью нашли работу в Хорватии после принятия закона.

Извлеченные уроки

- **Создание инклюзивного рынка труда является приоритетным вопросом общественного здравоохранения.** Инклюзивный рынок труда позволяет всем лицам участвовать в нем в силу своих способностей, независимо от инвалидности или уязвимости любого типа.
- **Национальный институт общественного здравоохранения играет ключевую роль в продвижении межсекторальных действий и сборе доказательной базы для освещения воздействия политики трудоустройства и занятости на здоровье лиц с инвалидностью и на экономику в целом.** Обмен положительным опытом и примерами лучшей практики может помочь снизить опасения и стигму среди работодателей и коллег по работе, и может привести к повышению занятости лиц с инвалидностью.
- **Лица, участвующие в определении политики, могут внести свой вклад в построение инклюзивного рынка труда,** акцентируя срочность интеграции на рабочем месте на фоне стареющей рабочей силы и нехватки навыков, с тем, чтобы перспективные работодатели осознали потенциальные выгоды для них.
- **Работодатели играют важную роль в интеграции лиц с инвалидностью в рабочей среде.** Система квот доказала свою большую важность, поскольку требует от компаний принимать на работу минимальный процент лиц с инвалидностью, и предусматривает штрафы за каждую не заполненную позицию.
- **Для человека с инвалидностью система квотирования в первую очередь предоставляет возможность трудоустройства,** но в то же время она может способствовать само-стигматизации.
- **Интеграция соответствующей информации из разных источников является основой для суждений о рабочих способностях человека.** Необходимы ясные каналы коммуникации между заинтересованными сторонами и системами (т.е. человек, рабочее место, здравоохранение и система компенсации).

Справочные материалы

- (1) Сандерс С., Неделец Б. Что значит работа для лиц с трудовой инвалидностью: обзор объема работ. J Occup Rehabil. 2014;24:100–10.
- (2) Лисак Н. Политика в области инвалидности в Хорватии. Симпозиум перед конференцией, Исследование инвалидности в пост-социалистических странах и в Юго-восточной Азии, 22 апреля 2015 г. Любляна; 2015.

СКАНИРОВАНИЕ ГОРИЗОНТА СПРОСА ТРУДОВЫЕ РЕСУРСЫ ДЛЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В АНГЛИИ: Неинфекционные заболевания требуют серьезного сдвига навыков и компетенций

Мэтт Эдвардс¹

Резюме

Англия разработала комплексный подход к прогнозированию будущего спроса на навыки и компетенции кадровых ресурсов здравоохранения на основании надежной рамочной структуры планирования кадровых ресурсов, в которой заинтересованные стороны принимают участие на каждом этапе. Были определены широкие категории ролей и обязанностей разных категорий рабочей силы, и изучены будущие вызовы в области спроса для шести непростых сценариев. Данная работа позволила обнаружить высокие темпы роста спроса на кадровые ресурсы здравоохранения, обусловленные в основном долгосрочными и неинфекционными заболеваниями. К 2035 году удовлетворение этого спроса потребует нового профиля навыков на фоне повышения релевантности менее квалифицированных работников. На основании данного исследования, Англия расширила кадровые ресурсы в области психического здоровья, создала новые роли, включая помощников медсестер и врачей, увеличила число учебных мест для медсестер, акушерок и вспомогательного медицинского персонала, и расширила медицинское образование для подготовки дополнительных 1,500 врачей.

Кадровые ресурсы здравоохранения, соответствующие своему предназначению

В 2015 году более 15 из 55 миллионов человек, населяющих Англию, были признаны страдающими от одного или более долгосрочных заболеваний; следовательно, они являются одним из крупных источников спроса на услуги здравоохранения (1). Прогнозируется увеличение их числа на протяжении следующих десяти лет, на фоне роста доли людей с тремя и более параллельными заболеваниями. Подобное увеличение спроса со стороны населения имеет серьезные последствия для будущих потребностей в человеческих ресурсах для здравоохранения, как в разрезе их количества, так и в разрезе их навыков.

Прогнозирование будущего спроса на навыки и компетенции работников сферы здравоохранения

Общая цель Департамента здравоохранения Англии заключается в том, чтобы помочь людям жить лучше и дольше. Это включает общую ответственность за планирование с учетом текущих и будущих вызовов для удовлетворения потребностей в здравоохранении нашего населения, и планирование рабочей силы является ключевым аспектом этого.

В 2015 году Департамент опубликовал результаты исследования программы Горизонт 2035 (2) в отношении будущего спроса на навыки и компетенции работников здравоохранения. Были определены широкие категории ролей и обязанностей разных категорий рабочей силы, и изучены будущие вызовы в области спроса в шести непростых сценариях.

Основные наблюдения

- Изучение комбинации навыков и будущего спроса для всей системы может раскрыть новые аспекты анализа и планирования.
- Небольшие ежегодные изменения спроса могут со временем сложиться в более крупные изменения в навыках и компетенциях работников здравоохранения.
- Важно понимать контекст изучаемой системы и обеспечивать выбор соответствующего объема, уровня и методов анализа.
- Полезно экспериментировать с разными методиками и подходами для учета вариаций в системах.
- Необходимо обеспечить участие заинтересованных сторон на всех этапах анализа рабочей силы, включая моделирование и подтверждение переменных.

Подход

В основе данного исследования лежала наша многофункциональная рамочная структура планирования рабочей силы (Рисунок 1), включающая всестороннее вовлечение заинтересованных сторон и комбинацию количественных и качественных подходов к изучению множества возможных сценариев будущего, и моделирование вмешательств для информирования решений в области политики (3).

Рис. 1. Многофункциональная рамочная структура планирования трудовых ресурсов

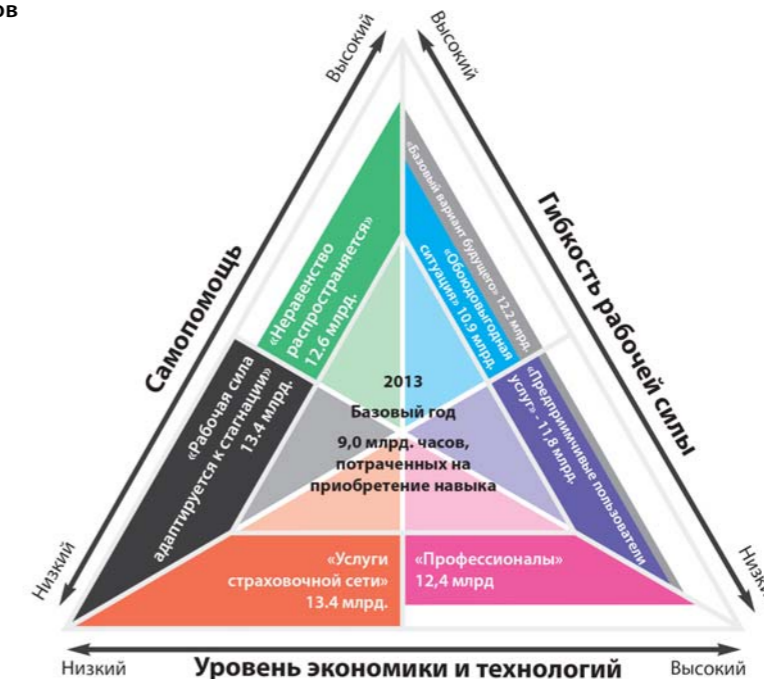


Источник: Horizon 2035, Centre for Workforce Intelligence, UK

Характеристики данного подхода включают:

- использование методов «системного мышления» для анализа сложных факторов и сил, которые влияют на систему, и моделей **системной динамики** для моделирования будущих изменений;
- создание «куба навыков благосостояния» для классификации навыков рабочей силы и компетенции по восьми типам навыков, шести уровням навыков, и восьми источникам спроса среди населения;
- проведение фасилитированных семинаров для **создания шести сложных, но возможных видений будущей системы здравоохранения и медицинской помощи** (Рисунок 2); и
- использование **методов сбора лучшей практики** для количественной оценки параметров для моделирования и отражения их **неопределенности**. Понимание неопределенности важно для принятия эффективных решений в области планирования трудовых ресурсов.

Рис. 2. Использование множества возможных сценариев для изучения разных вариантов будущего и их последствий для навыков



Источник: Horizon 2035, Centre for Workforce Intelligence, UK

Моделирование спроса на навыки трудовых ресурсов

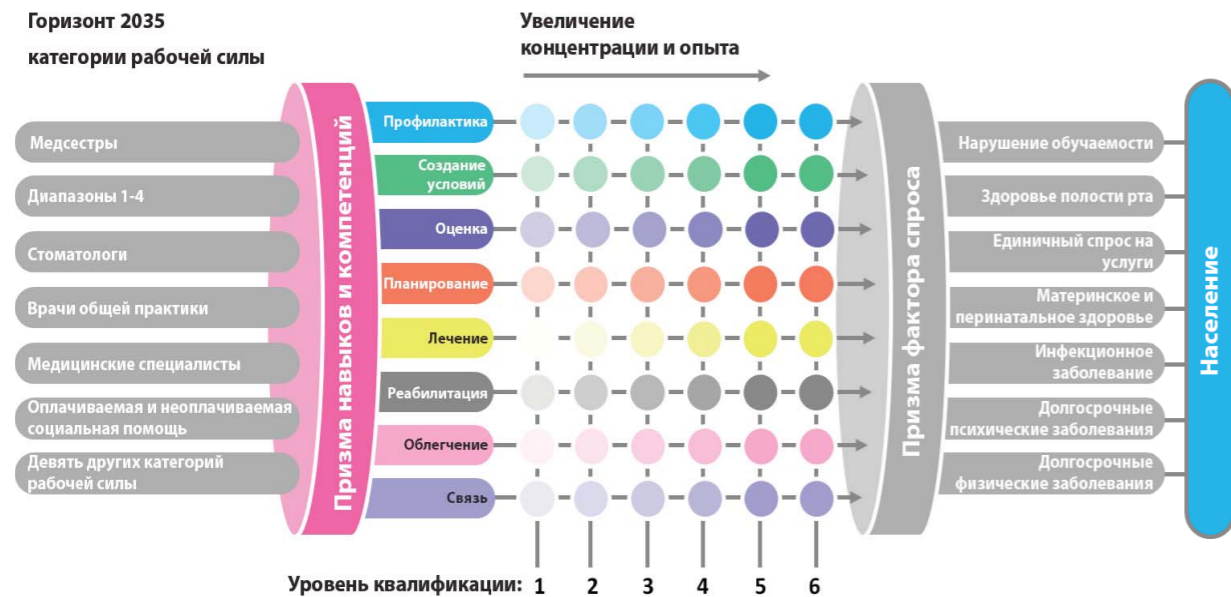
После масштабного картирования навыков трудовых ресурсов (Рис. 3) и измерения спроса населения на здравоохранение, в модель были включены следующие параметры:

- **прирост населения:** изменения в численности населения в связи с прогнозируемой рождаемостью, смертностью и чистой миграцией;
- **старение населения:** изменения в численности населения и уровне активности каждой возрастной группы по разным источникам спроса;

¹ Руководитель, Сканирование горизонта, информация и анализ в области международных трудовых ресурсов, Великобритания

- **уровень благосостояния:** изменение распространенности каждого из источников спроса, к примеру, долгосрочные физические заболевания или психические расстройства по возрастным группам в сравнении с базовыми показателями 2014 года;
- **переход к профилактике:** укрупнение изменений в направлении повышения профилактической деятельности в общей системе; и
- **производительность:** для разных уровней навыков благосостояния, будет ли достигнуто больше или меньше результатов в сфере навыков для пользователей услуг в рамках одной и той же рабочей силы в 2035 году, в сравнении с сегодняшним днем.

Рис. 3. Карта навыков рабочей силы и спроса населения Горизонт 2035



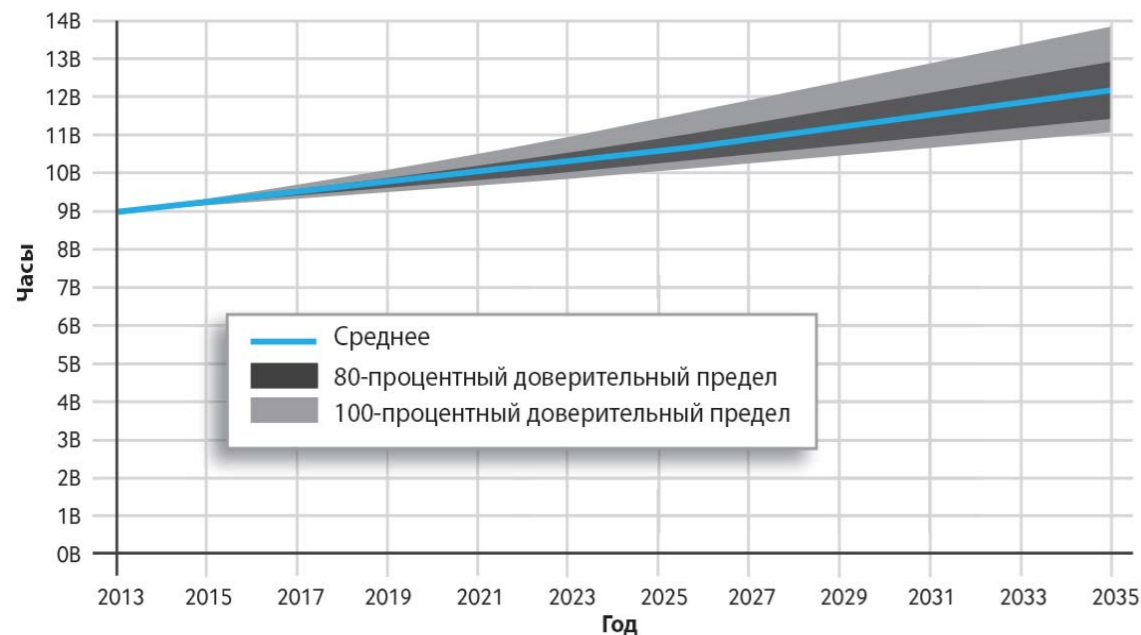
Источник: Horizon 2035, Centre for Workforce Intelligence, UK

Результаты

Спрос на трудовое время растет быстрее, чем население. Прогнозы показывают, что к 2035 году спрос на трудовое время работников здравоохранения может расти до двух раз быстрее (среднегодовые темпы роста +1.3%), чем население в целом (среднегодовые темпы роста +0.6%).

По прогнозам, совокупное число рабочих часов рабочей силы, необходимое для системы в 2035 году, вырастет на медианное значение, равное 3.2 миллиардов часов (36%), с 9.0 миллиардов до 12.2 миллиардов (Рис. 4).

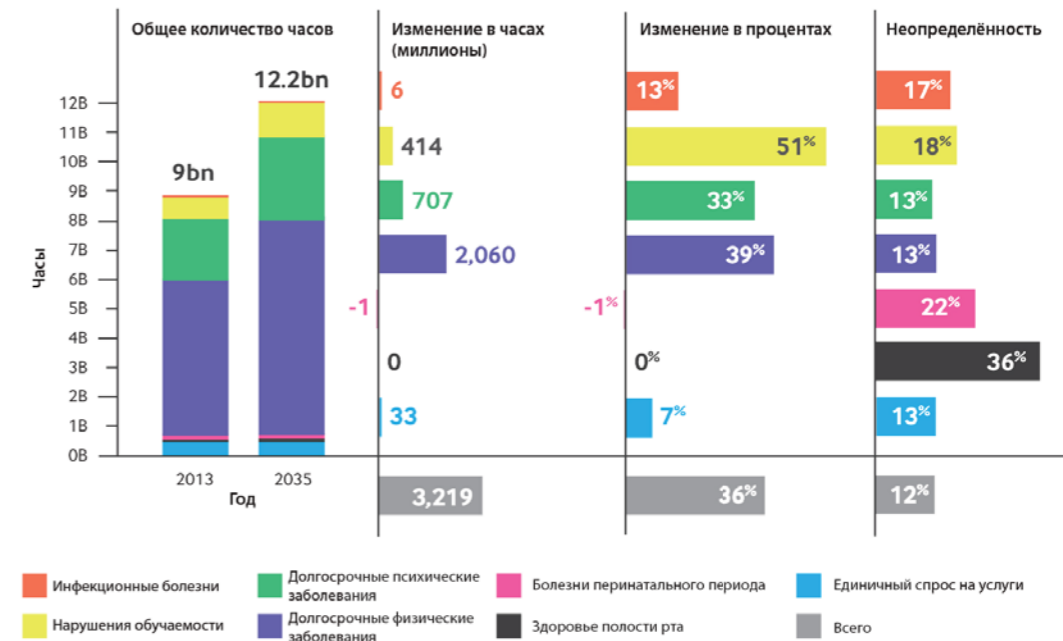
Рис. 4. Совокупное количество часов с учетом ограничений, медиана и неопределенности референтного сценария, 2014-2035



Источник: Horizon 2035, Centre for Workforce Intelligence, UK

Значимость долгосрочных и неинфекционных заболеваний (НИЗ) Анализ показал, что более 80% дополнительного спроса обуславливается растущими потребностями в услугах здравоохранения, связанных с долгосрочными заболеваниями и НИЗ (Рис. 5). Это связано как со старением населения, так и с прогнозируемым увеличением распространенности заболеваний среди всех возрастных групп.

Рис. 5. Совокупное количество часов по источникам спроса, референтным будущим заболеваниям, изменениям в часах, изменениям в процентных соотношениях, и общей неопределенности 2013-2035 (медианный прогноз)

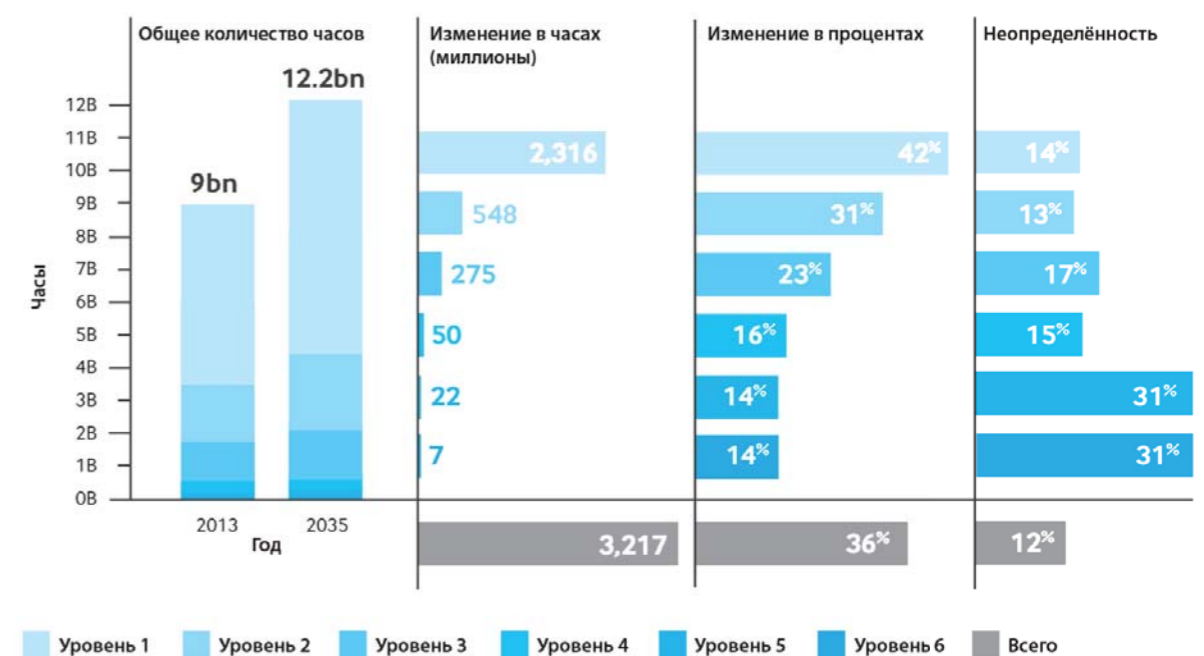


bn, млрд (миллиардов)

Источник: Horizon 2035, Centre for Workforce Intelligence, UK

Новый профиль навыков в 2035 году. Будущий профиль спроса может значительно отличаться от сегодняшнего. К примеру, рост спроса на низкоквалифицированный труд, такой, как неоплачиваемый уход, услуги поддержки и услуги персонала Национальной службы здравоохранения (НСЗ), работающего в низкоквалифицированных профессиональных категориях (категории 1-4), по прогнозам, значительно превысит рост спроса на более высокие уровни навыков медицинских и стоматологических специалистов (Рис. 6).

Рис. 6. Совокупное количество часов по уровню навыков, референтным будущим заболеваниям, изменениям в часах, изменениям в процентных соотношениях, и общей неопределенности 2013-2035 (медианный прогноз)



bn, млрд (миллиардов)

Источник: Horizon 2035, Centre for Workforce Intelligence, UK

Воздействие

Данное исследование подчеркнуло последствия для будущих навыков в английской системе здравоохранения. Оно помогло переместить и сориентировать мышление о том, как долгосрочные заболевания и НИЗ могут повлиять на будущий спрос на трудовое время. В Англии ведется работа по определению долгосрочных и более непосредственных рисков для спроса и предложения рабочей силы. Недавние примеры важных событий в области развития человеческих ресурсов для здравоохранения и заявления в Англии и за ее пределами включают нижеследующее.

Англия: 1.3 миллиарда фунтов стерлингов на трансформацию услуг здравоохранения для психических расстройств в целях увеличения числа работников в области психического здоровья на 21,000 новых должностей к 2020-2021. Данное заявление включало обещание обеспечить лечение дополнительно 1 миллиона пациентов к 2020-2021 г.г., предоставлять услуги 7 дней в неделю и 24 часа в сутки, и впервые интегрировать услуги психического и физического здоровья. НСЗ кардинально увеличит количество обученных медсестер, терапевтов, психиатров, работников коллегиальной поддержки и прочих специалистов в области психического здоровья, для выполнения данного обязательства (4).

Англия: Создание новых ролей, таких, как помощники медсестры и помощники врача. Предназначение этих новых ролей - обеспечить высококачественный уход и результаты для пациентов за счет предоставления улучшенного потенциала и способностей (5). По состоянию на начало 2017 года, обучение проходили 2000 помощников медсестер и 650 новых помощников врачей, а также 500 клинических фармацевтов.

Англия: Расширение учреждений подготовки медсестер и акушерок и подготовки в области лечебного дела. В 2016 году Правительство объявило реформы финансирования студентов для поддержки учреждений высшего образования и создания дополнительно до 10,000 дипломных мест до 2020 года (6). Ранее, в связи с ограничениями по числу учебных мест, лишь два из трех кандидатов могли рассчитывать на место. Реформы позволят высшим учебным заведениям предоставлять большее количество мест на курсах сестринского дела, акушерства и лечебного дела для удовлетворения спроса со стороны потенциальных студентов. Это должно увеличить предложение квалифицированных выпускников с медицинской подготовкой в будущем.

Англия: Расширение медицинского образования для обучения до 1500 дополнительных врачей каждый год. Увеличение числа мест додипломной подготовки повысит количество «отечественных» медицинских работников на 25% для удовлетворения растущего спроса на медицинскую помощь (7). Это является крупнейшим единовременным увеличением числа учебных врачебных мест в истории НСЗ. Это позволит НСЗ отвечать на будущие вызовы путем значительного увеличения предложения отечественных медработников на фоне давления в ключевых специальностях, таких, как общая врачебная практика, и снизить зависимость от работников агентства, временных специалистов и специалистов, прошедших обучение за рубежом.

Европа: Будущие навыки медработников в Европе. Как часть Совместных действий Европейского Союза по планированию и прогнозированию трудовых ресурсов здравоохранения, часть подхода, использованного в программе Горизонт 2035, была адаптирована для проведения исследований в области навыков в Европе (8). Результаты исследования включали определение общих факторов изменений на будущее (включая НИЗ и сопутствующие заболевания).

Северная и Южная Америка: Разработка множества сценариев развития трудовых ресурсов с Панамериканской Организацией Здравоохранения и ВОЗ по повестке человеческих ресурсов для здравоохранения. Для изучения вариантов долгосрочного будущего для трудовых ресурсов Северной и Южной Америки, и как часть глобальной повестки человеческих ресурсов для здравоохранения, использовались элементы многофункционального планирования трудовых ресурсов (9).

Извлеченные уроки

- **Изучение комбинации навыков и будущего спроса по всей системе привело к обнаружению новых методов планирования и анализа.** Концептуализация спроса на человеческие ресурсы для здравоохранения, включая неоплачиваемых работников, является важнейшим аспектом определения того, как система здравоохранения может предоставлять поддержку или реагировать на изменения. Изучение только лишь отдельных групп медработников является неполным подходом, который может упустить текущие и возникающие риски для спроса и предложения.

- **Понимание контекста подлежащей изучению системы с обеспечением выбора соответствующего объема работ, уровня изучения и методов.** К примеру, при определении того, подлежит ли изучению вся система, отдельная группа или отдельное заболевание, необходимо определить, как будут исследованы и оценены спрос и предложение рабочей силы и возможные вмешательства.
- **Эксперименты с широким спектром методик и подходов.** Каждая система здравоохранения уникальна, а данные и свидетельства могут варьироваться. Следовательно, изучение иных сфер и контекстов может принести новые знания. К примеру, много уроков было извлечено из Совместных действий Европейского Союза и других форумов по планированию человеческих ресурсов для здравоохранения и рабочей силы.
- **Обеспечение участия заинтересованных сторон на каждом этапе обзора трудовых ресурсов, включая моделирование и подтверждение переменных.** Это повысит качество, глубину и признание работы и результатов. К примеру, сценарии, разрабатываемые заинтересованными сторонами, обзоры допущений моделей и сбор переменных с высокой степенью неопределенности на будущее, должны основываться на экспертных суждениях и лучших доступных данных.

Справочные материалы

- (1) Департамент здравоохранения (2015) Документ политики: государственная политика с 2010 по 2015 г.: долгосрочные заболевания (<https://www.gov.uk/government/publications/2010-to-2015-government-policy-long-term-health-conditions/2010-to-2015-government-policy-longterm-health-conditions>, просмотрено 24 октября 2017).
- (2) Центр анализа трудовых ресурсов (2015). Горизонт 2035, будущий спрос на навыки: первичные результаты. Лондон (<https://www.gov.uk/government/publications/horizon-2035-futuredemand-for-skills-initial-results>, просмотрено 24 октября 2017).
- (3) Центр анализа трудовых ресурсов (2014). Многофункциональная рамочная структура планирования трудовых ресурсов: актуализация на основе практики. Лондон (<http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20161007102820/http://www.cfwi.org.uk/publications/robustworkforce-planning-framework-update-from-practice>, просмотрено 24 октября 2017).
- (4) Департамент здравоохранения (2017a) Тысячи новых ролей предусмотрены планом трудовых ресурсов в области психического здоровья. Лондон (<https://www.gov.uk/government/news/thousands-of-new-roles-to-be-created-in-mental-health-workforce-plan>, просмотрено 24 октября 2017).
- (5) Департамент здравоохранения (2015). Роль помощника медсестры как новый путь к сестринскому делу. Лондон (<https://www.gov.uk/government/news/nursing-associate-roleoffers-new-route-into-nursing>, просмотрено 24 октября 2017).
- (6) Департамент здравоохранения (2016). Изменение финансирования медицинского образования Лондон (<https://www.gov.uk/government/consultations/changing-how-healthcareeducation-is-funded>, просмотрено 24 октября 2017).
- (7) Департамент здравоохранения (2017b) Расширение додипломной медицинской подготовки. Лондон (<https://www.gov.uk/government/consultations/expanding-undergraduate-medicaleducation>, просмотрено 24 октября 2017).
- (8) Феллоуз Дж., Эдвардс М. (2016). Будущие навыки и компетенции медработников в Европе. Брюссель: Совместные действия ЕС по планированию и прогнозированию трудовых ресурсов (<http://healthworkforce.eu/work-package-6/>, просмотрено 24 октября 2017).
- (9) Панамериканская организация здравоохранения (2017) Планирование трудовых ресурсов для здравоохранения. Вашингтон, округ Колумбия (http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13195%3Aplanning-of-human-resource-for-healthvideo-1&catid=4669%3Aannouncements-hss&Itemid=39594&lang=pt, просмотрено 24 октября 2017).

ПЛАТА ЗА РЕЗУЛЬТАТЫ (P4P) В ЭСТОНИИ: Преобразовательный инструмент политики для расширения профилактики и ведения неинфекционных заболеваний

Джонатан Маркот¹, Мелитта Якаб²

Резюме

В 2006 году в Эстонии была введена система надбавок за повышенное качество (СНПК) – механизм оплаты труда по результатам работы, который предусматривает материальное поощрение врачей первичной медико-санитарной помощи при условии достижения целевых ориентиров в оказании услуг по профилактике и ведению различных заболеваний. Менее чем за 10 лет с момента начала реализации программы при ее стоимости меньше 2% бюджета первичной медико-санитарной помощи Эстонии, программа поощрений привела к значительному ежегодному росту масштабов работы по профилактике и ведению заболеваний в стране.

Эстония - пионер реформирования системы здравоохранения

Для решения проблемы растущего бремени неинфекционных заболеваний (НИЗ) Эстония сосредоточила усилия на раннем выявлении и более проактивном подходе к ведению хронических заболеваний. В основе реформ лежит всесторонний подход к укреплению первичной медико-санитарной помощи и оптимизация больничной сети. Постоянное совершенствование процесса закупок со стороны Фонда медицинского страхования Эстонии создало благоприятную среду для реструктурирования оказания услуг и усовершенствования набора услуг с большим объемом профилактической работы и проактивным подходом к ведению хронических состояний. СНПК была внедрена для содействия этим преобразованиям.

Система надбавок за повышенное качество

СНПК была разработана в сотрудничестве с Обществом семейных врачей и внедрена в практику в 2006 году Фондом медицинского страхования. Ее задачи состояли в укреплении первичной медико-санитарной помощи и повышении роли семейных врачей в профилактике и ведении заболеваний, при этом особое внимание уделялось хроническим заболеваниям.

СНПК обеспечивает дополнительные выплаты сверх существующих при смешанном механизме оплаты, в котором преобладает подушевое финансирование, плата за услугу и базовый оклад. Врачи получают единовременную денежную премию при достижении определенных целевых ориентиров по конкретным услугам.

СНПК подразделяется на три сферы, одна из которых направлена на работу с хроническими заболеваниями. Эта сфера деятельности включает пять наборов показателей, общее число которых составляет 27. Большинство показателей ориентированы на процесс, он и были отобраны в связи с их влиянием на конечные результаты на основании клинических руководств.

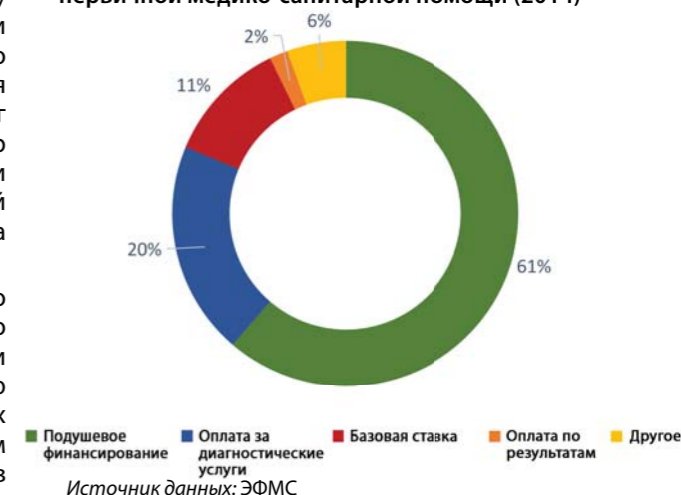
Ключевые наблюдения

- Внедрение СНПК в Эстонии не было обособленным решением, а являлось частью всесторонней стратегии укрепления первичной медико-санитарной помощи.
- СНПК была разработана как неотъемлемая часть смешанной модели оплаты труда поставщиков первичной медико-санитарной помощи с хорошо скоординированными и целенаправленно выбранными поощрениями.
- Централизованная система данных позволила провести несложную реализацию СНПК как неотъемлемой составляющей оплаты услуг здравоохранения, а не как отдельного механизма.
- Небольшие ресурсы имели значительный эффект при использовании информации о сравнительной эффективности деятельности.
- Разработка и реализация СНПК были поэтапными.
- Участие заинтересованных сторон способствовало широкому принятию этой системы врачами.
- Плата за результаты оказалась мощным средством информирования лиц, принимающих решения, и поставщиков услуг о расстановке приоритетов.

Врачам присуждаются баллы за достижение целевых ориентиров по охвату услугами, которые по-разному взвешиваются для каждой сферы деятельности и показателя. Установка целевых ориентиров по охвату услугами была поэтапной для обеспечения постепенного расширения масштабов оказания услуг всеми практикующими врачами: целевой ориентир каждого года равняется средней производительности за предыдущий год плюс 10%. Выплаты премий производятся при получении определенного числа баллов.

Электронная система расчетов существовала еще до внедрения СНПК, и позволяла Фонду медицинского страхования отслеживать всю деятельность врачей и ход выполнения работ. Система содержит подробную информацию о пациентах, включая список больных хроническими заболеваниями, и данные по всем услугам, оказываемым семейными врачами в Эстонии. Дважды в год семейные врачи получают в электронном виде индивидуальные отзывы о своей работе, которые дают возможность анализировать эффективность и качество работы, сравнивать их с результатами других врачей. Результаты СНПК и список врачей, включенных в эту систему, ежегодно представляют вниманию врачей и общественности на сайте Фонда медицинского страхования.

Рис. 1. Доля механизмов оплаты в бюджете первичной медико-санитарной помощи (2014)



Структура СНПК

- Хронические заболевания – это одно из трех направлений деятельности, включенных в СНПК, для которого разработали пять наборов показателей: (i) профилактика сердечно-сосудистых заболеваний, (ii) ведение больных сахарным диабетом II типа, (iii) ведение больных гипертонией, (iv) вторичная профилактика после инфаркта миокарда и (v) гипотиреоз.
- Премии выплачиваются непосредственно врачам, которые затем решают, как распределить деньги между медсестрами, администраторами и другими сотрудниками.
- Изначально в 2006 году врачей приглашали принять добровольное участие в СНПК. К 2011 году в системе было зарегистрировано 90% врачей. Этот механизм стал обязательным в 2015 году.
- Особенные пациенты и необычные случаи обращений за медицинской помощью исключаются из отчетности во избежание несправедливых штрафов за неподконтрольные врачу исходы.
- Для сокращения операционных издержек выплата премий производится ежегодно, а не ежемесячно.
- Доля врачей, отвечающих критериям получения премиальных выплат, выросла с 4% в 2006 году до более 50% к концу 2013 года.

Влияние на охват услугами

Девять лет работы системы надбавок за повышенное качество привели к укреплению работы по профилактике и ведению хронических заболеваний в Эстонии. Система сыграла важную роль в продолжающемся развитии сильной системы первичной медико-санитарной помощи. С 2007 по 2013 год произошло улучшение 24 из 27 показателей СНПК по профилактике и ведению хронических заболеваний (1).

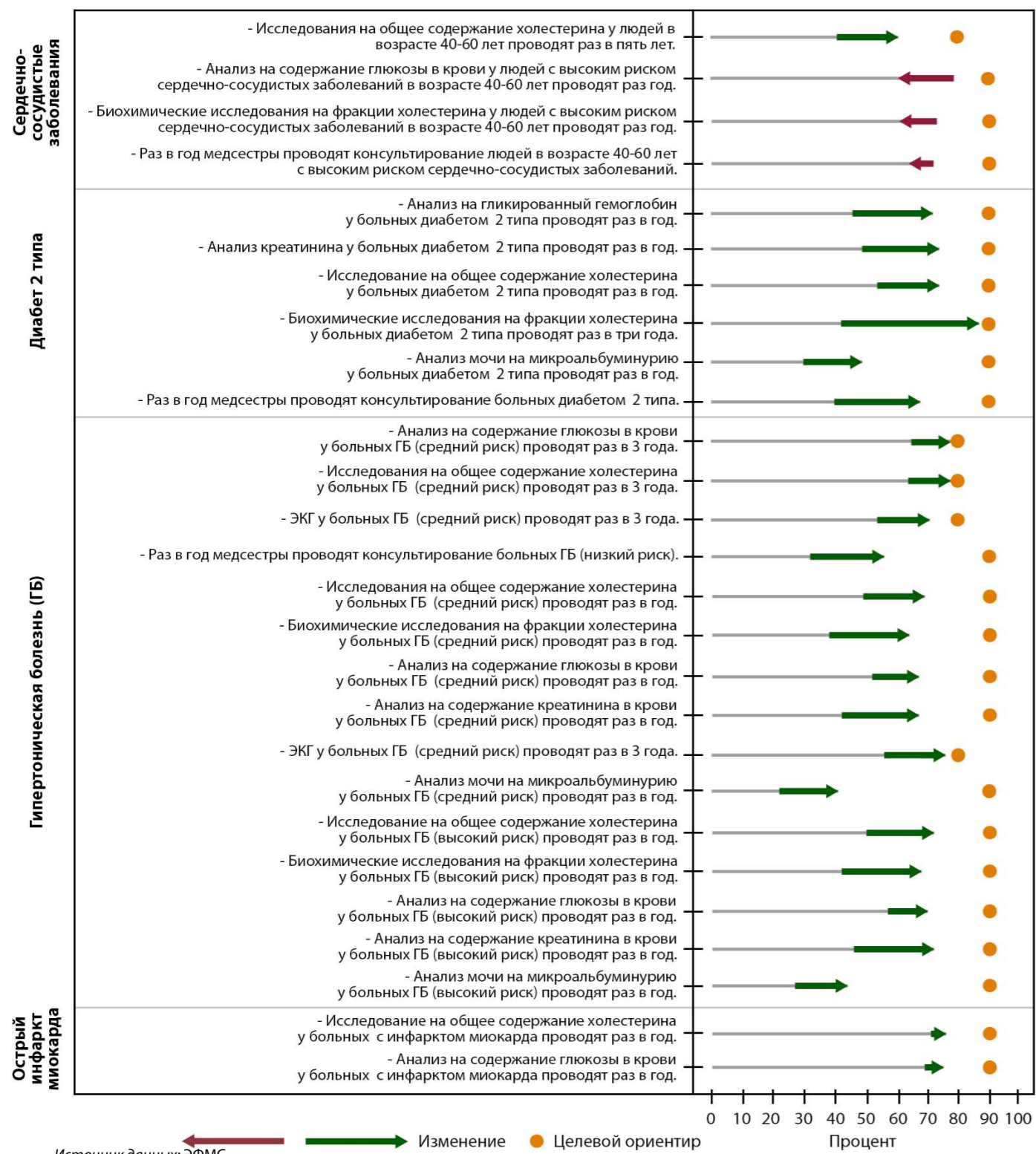
Рост показателей варьировался от 5% до 45% (2), при среднем значении улучшения по всем показателям в 18,5 процентных пунктов. По большинству показателей охват услугами повысился с 50% охваченного целевого населения до 70% (1).

Кроме этого, имеются доказательства того, что пациенты врачей, принявших систему надбавок за повышенное качество, реже нуждались в госпитализации по поводу хронических состояний, чем пациенты врачей, которые не участвовали в СНПК (2).

¹ Консультант Барселонского офиса ВОЗ по укреплению систем здравоохранения, Отдел систем здравоохранения и охраны общественного здоровья

² Старший экономист здравоохранения, Барселонский офис ВОЗ по укреплению систем здравоохранения, Отдел систем здравоохранения и охраны общественного здоровья

Рис. 2. Успехи на пути к достижению целевых ориентиров в деле профилактики и лечения хронических заболеваний



Выводы для политики здравоохранения в Эстонии

Достигнутые успехи впечатляют. Скорее всего, они являются результатом комплексного подхода к укреплению первичной медико-санитарной помощи в Эстонии, который включает организационные реформы, новые механизмы оплаты, внедрение доказательных данных в практику, укрепление кадрового потенциала здравоохранения и улучшение информационных систем.

Тем не менее, возможно и дальнейшее улучшение профилактики и ведения хронических заболеваний с последующим сокращением случаев предотвращаемой госпитализации по поводу сердечно-сосудистых заболеваний и диабета (3). Для этого может потребоваться последующее совершенствование модели оказания услуг и механизмов оплаты. В модели оказания первичной медико-санитарной помощи, предполагающей обособленную работу врача, дальнейшее расширение масштабов работы по

профилактике, укреплению здоровья, формированию знаний и навыков пациентов и проактивному ведению хронических состояний может оказаться затратной инициативой. Совместное использование ресурсов (персонала, информации, деятельности) между врачами, возможно, станет следующим разумным и необходимым шагом.

Что касается механизмов оплаты, здесь необходимо рассмотреть области взаимодействия первичной медико-санитарной помощи с одной стороны и врачами-специалистами и стационарной помощью с другой стороны. Преобладающим стимулом в эстонской системе является движение пациентов с более низкого на более высокий уровень, поскольку работа первичного звена оплачивается в соответствии с подушевым финансированием, в то время как в работе врачей-специалистов и в стационарах используется плата за услугу или оплата за каждый пролеченный случай. Эксперименты с подушевым финансированием и/или комбинированными пакетными платежами на более высоких уровнях оказания медицинской помощи могут быть многообещающим перспективным решением.

Извлеченные уроки

- **Внедрение СМП в Эстонии не было обособленным решением, а являлось частью всесторонней стратегии укрепления первичной медико-санитарной помощи.** СМП является лишь одним из компонентов набора систематических, последовательных инструментов укрепления различных аспектов первичной медико-санитарной помощи, включая организационные реформы, новые механизмы оплаты, внедрение доказательной базы в практику, укрепление кадровых ресурсов здравоохранения и улучшение информационных систем.
- **СМП была разработана как неотъемлемая часть смешанной модели оплаты поставщиков первичной медико-санитарной помощи с хорошо скоординированными и целенаправленно выбранными стимулами.** СМП способствовала ослаблению присущей подушевой оплате склонности предоставлять услуги по профилактике и ведению заболеваний в недостаточном объеме и излишне часто направлять пациентов к специалистам и в стационары.
- **Централизованная система данных позволила провести несложную реализацию СМП как неотъемлемой части закупок услуг здравоохранения, а не как отдельного механизма.** Существующая система расчетов содержит достаточно информации по хроническим состояниям, так что действия врача и медсестры можно оценивать относительно установленных целевых ориентиров без дополнительного сбора данных.
- **Небольшие ресурсы имели значительный эффект при использовании информации о сравнительной эффективности.** Отзыв о результатах работы за полгода и публикация результатов деятельности в целом помогли использовать внутреннюю мотивацию семейных врачей к дальнейшему профессиональному развитию; установленные нормативы подталкивали врачей к соблюдению стандартов их коллег.
- **Разработка и реализация СМП были поэтапными.** Поэтапная многолетняя реализация СМП включала тщательно спланированные шаги для (i) содействия достижению реалистичных целей, (ii) предоставления достаточного времени врачам первичной медико-санитарной помощи для того, чтобы адаптироваться к реформам, и (iii) проведения изменений в системе после выявления областей деятельности, требующих улучшения.
- **Участие заинтересованных сторон способствовало широкому принятию этой системы врачами.** Участие Общества семейных врачей в планировании СМП обеспечило широкое принятие системы семейными врачами и помогло представить ее как программу улучшения первичной медицинской помощи в Эстонии, а не только как финансовую инициативу заказчика услуг здравоохранения.
- **Плата за результаты оказалась мощным средством информирования лиц, принимающих решения, и поставщиков услуг о расстановке приоритетов.** Фонд медицинского страхования Эстонии использовал материальное поощрение, чтобы ясно показать врачам, что именно ценит система здравоохранения, и провести соответствующие изменения в стандартной практике.

Справочные материалы

- (1) Лай Т., Йохансен А.С., Бреда Дж., Рейнап М., Дорнер Т., Мантинг Ф. и др. (2015). Страновая оценка Эстонии. Улучшение показателей неинфекционных заболеваний: вызовы и возможности для систем здравоохранения. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/pages/health-systemsresponse-to-noncommunicable-diseases/publications>).
- (2) Хабиht Т. (2014) Эстония: система бонусов за качество в первичной медико-санитарной помощи. В Кашин Ч., И-Линг Чи, Смит П., Боровитц М., Томсон С., редакторы. Плата за результаты в здравоохранении. Последствия для результатов работы системы здравоохранения и подотчетности. Нью-Йорк: Open University Press; 127–40 (<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/studies/paying-for-performance-in-health-care-implications-for-health-system-performance-and-accountability>, просмотрено 31 июля 2015 г.).
- (3) Группа Всемирного Банка (2015) Состояние интеграции здравоохранения в Эстонии: обзорный отчет. Вашингтон, округ Колумбия: Группа Всемирного Банка.

МЕДИЦИНСКИЕ СЕСТРЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ФИНЛЯНДИИ: Профилактика неинфекционных заболеваний на всех этапах жизни человека

Кирси Грим¹, Лисбет Боргерманс²

Резюме

В Финляндии зарегистрированные медицинские сестры общественного здравоохранения обеспечивают руководство и предоставление высококачественных профилактических медицинских услуг на протяжении всего жизненного цикла человека. Финская система является образцом применения интегрированного эффективного подхода к охране здоровья на протяжении всего жизненного цикла посредством приоритизации профилактики и укрепления здоровья, межпрофессионального сотрудничества и перераспределения обязанностей между врачами и медсестрами, с сохранением качества оказываемой медицинской помощи и достижением положительных результатов в отношении здоровья финского населения, включая удовлетворенность граждан. В интегрированную цепочку служб общественного здравоохранения входят клиники охраны здоровья матери и ребенка, школьников и студентов, службы гигиены труда и медицинские учреждения для взрослых и престарелых граждан. Предлагаемые услуги отражают национальные цели в области укрепления здоровья на протяжении всего жизненного цикла, определенные для разных возрастных групп.

Содействие подходу к профилактике НИЗ на всех этапах жизни человека

Финская система использует комплексный эффективный подход к охране здоровья на протяжении всего жизненного цикла человека, обеспечиваемый работой большого числа медицинских сестер общественного здравоохранения. Необходимость охраны здоровья на протяжении всего жизненного цикла обусловлена тем, что социальные и когнитивные навыки, привычки, стратегии преодоления трудностей, отношения и ценности, приобретенные в раннем детстве и подростковом возрасте, оказывают сильное влияние на остальную жизнь человека и имеют потенциальные последствия для здоровья в целом, а также последствия, связанные с риском развития неинфекционных заболеваний (НИЗ). Инвестирование в охрану здоровья на протяжении всего жизненного цикла имеет большое значение для достижения положительных результатов в области общественного здравоохранения и экономики в связи с устранением причин, а не последствий нездоровья.

Интегрированная цепочка служб общественного здравоохранения

В общей сложности 5200 медицинских сестер общественного здравоохранения (1) обеспечивают руководство и предоставление высококачественных услуг общественного здравоохранения в муниципалитетах. Они заняты в разных секторах, в том числе в клиниках охраны здоровья матери и ребенка (*neuvola*) и в системе школьного медицинского обслуживания, которые являются неотъемлемой частью служб профилактики и укрепления здоровья в системе муниципальной первичной медико-санитарной помощи. Услуги *neuvola*

Ключевые наблюдения

- Зарегистрированные медсестры общественного здравоохранения обеспечивают руководство и предоставление медицинских услуг на протяжении всего жизненного цикла человека и являются медработниками первой линии контакта в вопросах профилактики и укрепления здоровья.
- Они эффективно решают задачи, связанные с профилактикой НИЗ, обеспечивая комплексные услуги, межпрофессиональное сотрудничество и непрерывность оказания медицинской помощи.
- Оказываемые ими услуги отражают национальные цели в области укрепления здоровья на протяжении всего жизненного цикла, определенные для разных возрастных групп.
- Проблема неравенства в здравоохранении решается путем предоставления ранней целенаправленной помощи, особенно группам, уязвимым в социально-экономическом отношении.
- Ответственность за организацию и оценку качества услуг по обеспечению здоровья матери и ребенка, а также школьное медицинское обслуживание, несут государственные учреждения, однако за практическую организацию этих услуг отвечают муниципалитеты.

оказываются главным образом в центрах первичной медико-санитарной помощи, а школьное медицинское обслуживание организовано в школах.

Муниципалитеты отвечают за практическую организацию этого бесплатного, в основном финансируемого за счет средств налогообложения, медицинского обслуживания. Министерство социального обеспечения и здравоохранения отвечает за руководство службами охраны здоровья матери и ребенка и школьное медицинское обслуживание, а Национальный институт здравоохранения и социального благосостояния публикует руководства, организует учебную подготовку и собирает данные мониторинга. Государственная контрольно-надзорная служба социального обеспечения и здравоохранения (*Valvira*) и региональные агентства осуществляют надзор за оказанием медицинских услуг в рамках общенациональной программы охраны здоровья.

Медицинские сестры проводят частые индивидуальные дородовые медосмотры будущих матерей и осмотры детей после рождения и до достижения ребенком 7-летнего возраста, когда он идет в школу. После этого периодические индивидуальные медосмотры продолжают школьными медицинскими сестрами до тех пор, пока ребенок не закончит школу в возрасте 16 лет. Одна и та же участковая медсестра наблюдает семью с начала беременности и до поступления ребенка в школу. Вмешательства включают в себя оценку физического, психического и социального здоровья ребенка, вакцинацию и оказание поддержки родителям в воспитании ребенка, направленном на учет его интересов. Эти услуги способствуют созданию здорового окружения, необходимого для роста ребенка, а также здорового образа жизни всей семьи. Поддержка также предоставляется в рамках визитов медсестер на дом, и в рамках занятий родительских групп. Проблема неравенства в здравоохранении решается оказанием ранней целенаправленной помощи, особенно группам, уязвимым в социально-экономическом отношении. Предлагаемые услуги отражают национальные цели в области укрепления здоровья на протяжении всего жизненного цикла, определенные для разных возрастных групп.

Следующие примеры показывают, как участковые медсестры способствуют расширению масштабов оказания основных вмешательств и услуг:

- **Детское ожирение:** Ожирение у детей выявляется непосредственно участковыми медсестрами, так они осуществляют тщательный контроль веса и роста ребенка во время медицинских осмотров и сообщают эти показатели семье. Медицинское обслуживание, ориентированное на семью, включает корректировку

Таблица 1. Примеры услуг, оказываемых медсестрами общественного здравоохранения на протяжении всего жизненного цикла

	Медицинские услуги, по возрасту или заболеванию	Общие медицинские услуги
Охрана материнства	Мониторинг нормальных беременностей и скрининг на беременность с высоким риском Оказание поддержки родителям по вопросам ухода за новорожденным, общения с ребенком на ранних этапах развития и грудного вскармливания Мониторинг женщин, страдающих диабетом, связанным с беременностью	Продвижение здорового образа жизни посредством индивидуального консультирования по вопросам здоровья (например, правильного питания, физической активности)
Охрана здоровья детей	Оценка, мониторинг и содействие росту и развитию детей (включая нейрокогнитивное развитие и психосоциальное здоровье и развитие) Оказание поддержки родителям по вопросам ухода за ребенком, общения с ребенком на ранних этапах развития Предотвращение несчастных случаев	Поддержка и расширение прав и возможностей людей для поддержания и укрепления собственного здоровья и благополучия с помощью активного, целостного подхода Скрининг на наличие моделей рискованного поведения (например, употребление алкоголя, табака и наркотиков)
Охрана здоровья школьников	Оценка, мониторинг и содействие росту и развитию детей (включая психосоциальное здоровье и развитие) Оценка окружения ребенка (включая отношения с семьей и друзьями) Оказание поддержки родителям по вопросам ухода за ребенком	Скрининг на наличие психических заболеваний (например, депрессии, расстройств пищевого поведения) Вакцинация
Охрана здоровья студентов	Оценка, мониторинг и содействие здоровью учащихся и их способности учиться Планирование мониторинга и лечение хронических заболеваний в период обучения Оценка здоровья учащихся с точки зрения возможных рисков для здоровья и безопасности будущей профессии	Охрана сексуального здоровья Планирование, организация и пропаганда здорового образа жизни и укрепления здоровья на уровне коллег и сверстников (например, в классах родительского воспитания, группах по снижению веса)
Гигиена труда	Оценка, мониторинг и поддержка здоровья и работоспособности людей Оценка и повышение безопасности рабочей среды и рабочих мест Предотвращение профессиональных заболеваний и производственного травматизма	Меры достижения справедливости в отношении здоровья и снижения социального неравенства
Охрана здоровья взрослого населения	Предотвращение и лечение хронических заболеваний (например, диабета 2 типа, астмы, гипертонии) Предоставление профилактических медосмотров в первичном звене медико-санитарной помощи людям за пределами служб гигиены труда (в том числе безработным) Помощь людям с мультиморбидностью в улучшении качества жизни	Выявление потребности и организация помощи и специальной поддержки в случае необходимости Работа в рамках межпрофессионального межсекторального сотрудничества для поддержания здоровья и благосостояния людей
Охрана здоровья престарелых	Поддержка и помощь в сохранении престарелыми людьми своих функциональных способностей и способности заботиться о себе Поддержка безопасного проживания в домашних условиях Предоставление профилактических медосмотров в первичном звене медико-санитарной помощи (в том числе наблюдение за памятью)	Услуги по уходу за больными, например, лечение хронических ран, уход после мелких несчастных случаев, обеспечение наличия лекарственных препаратов

¹ Медсестра, научный сотрудник Барселонского офиса ВОЗ по укреплению систем здравоохранения, Европейское региональное бюро ВОЗ, Испания

² Консультант отдела систем здравоохранения и охраны общественного здоровья Европейского регионального бюро ВОЗ, Копенгаген, Дания.

моделей поведения посредством кураторства и позитивной обратной связи. Если индекс массы тела вызывает тревогу, назначается визит к врачу, и привлекаются другие медицинские специалисты, включая диетологов и психологов.

- **Курение подростков:** Во время медосмотров, начиная с 10-летнего возраста, каждый подросток оценивается на предмет пристрастия к курению. Оценка также проводится в случаях наличия респираторной инфекции, и для девушек, обращающихся по поводу применения средств контрацепции. Предлагаются программы прекращения курения, а также возможность начала никотинозаместительной терапии.

Другие примеры медицинских услуг для разных целевых групп в течение жизненного цикла приведены в таблице 1.

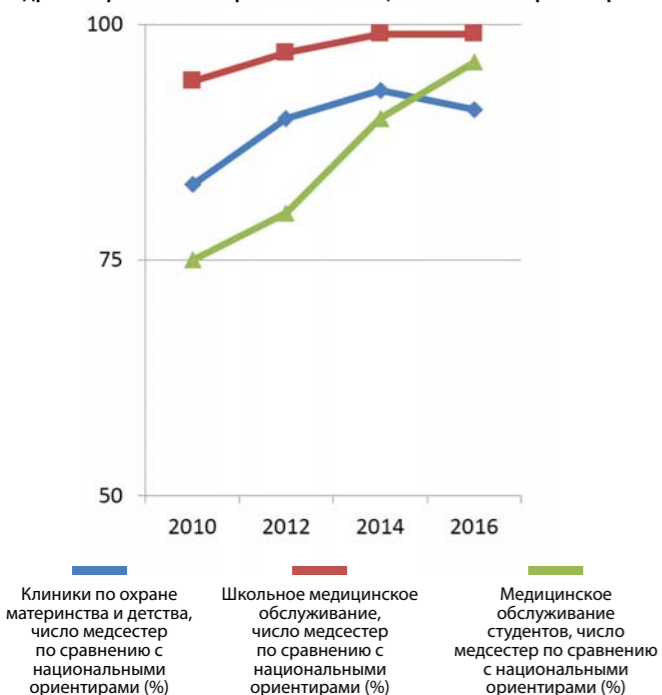
Клиники охраны здоровья матери и ребенка, а также школьное медицинское обслуживание являются частью интегрированной цепочки услуг по возрастным факторам. В рамках этой цепочки медсестры общественного здравоохранения работают с медицинскими работниками в системе первичной, вторичной и третичной медико-санитарной помощи. Их основными партнерами являются медицинские специалисты, социальные работники, диетологи, психологи, физиотерапевты, логопеды, профпатологи и стоматологи.

Идентификация данных пациентов и интеграция услуг обеспечивается на основе уникального номера социального страхования, который присваивается каждому гражданину Финляндии и используется при каждом посещении врача. Таким образом обеспечивается наличие комплексной картины жизненного цикла пациента, которая позволяет выявлять и отслеживать факторы риска развития НИЗ и других заболеваний (2).

Воздействие

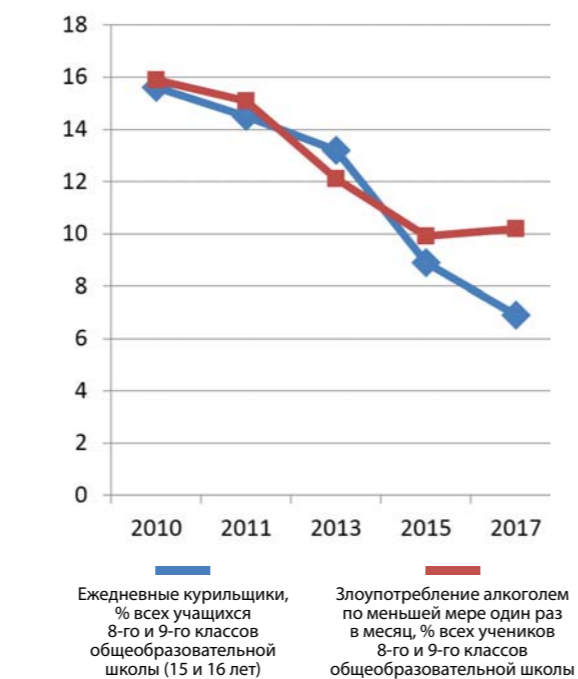
Neuvola и школьное медицинское обслуживание полностью охватывают начало жизненного цикла практически всего финского населения. В целом число медицинских сестер, занятых в этих секторах, почти достигает целевого национального ориентира; за последние несколько лет наблюдается также рост числа медсестер (рис.1). Благодаря оказанию высококачественных медицинских услуг, показатели младенческой смертности и низкого веса при рождении в Финляндии, как правило, ниже, чем в других странах (3,4). В 2016 году коэффициент смертности новорожденных составлял 1,1 на 1000 живорожденных, а показатель преждевременных родов - 5,2% (5). Непрерывность оказания медицинской помощи, обеспечиваемая финскими медицинскими сестрами, также влияет на субъективное благополучие матерей (6) и способствует значительному сокращению рискованного поведения в подростковом возрасте (рис.2). В опросе населения, проведенном в 2012 году, услуги *neuvola* были выбраны в качестве лучшей финской инновации всех времен (7).

Рисунок 1. Укомплектованность медсестрами общественного здравоохранения по сравнению с национальными ориентирами



Источник: TEAviisari (2018)

Рисунок 2. Рискованное поведение в подростковом возрасте



Источник: Sotkanet.fi (2018)

Они работают в интегрированной цепочке услуг здравоохранения на протяжении всего жизненного цикла человека, которая отражает национальные цели в области укрепления здоровья, определенные для разных возрастных групп.

- **Медицинские сестры эффективно решают задачи, связанные с профилактикой НИЗ, обеспечивая комплексные услуги, межпрофессиональное сотрудничество и непрерывность оказания медицинской помощи.** Тесное межпрофессиональное сотрудничество с другими специалистами в области здравоохранения и социального обеспечения позволяет медсестрам способствовать более эффективному расширению прав и возможностей как отдельных лиц, так и всего населения.
- **Доступность комплексных услуг и повышение медико-санитарной грамотности людей** и сообществ имеют важное значение для работы медицинских сестер общественного здравоохранения.
- **Целостные подходы к медицинскому обслуживанию, ориентированному на потребности людей, требуют непрерывного обучения** медработников, которое является обязательным в Финляндии, с тем чтобы они могли поддерживать и развивать свои навыки.
- **Проблема неравенства в здравоохранении решается путем предоставления ранней целенаправленной помощи, особенно группам, уязвимым в социально-экономическом отношении.** Поддержка и помощь должны обеспечиваться без промедления. Особые потребности семей, которые не пользуются медицинскими услугами, предоставляемыми в рамках *neuvola* или в школе, должны быть определены; индивидуальная поддержка должна быть предоставлена тем, кто в ней нуждается; такие семьи, как известно, подвергаются более высокому риску социальной изоляции, чем семьи, которые пользуются услугами здравоохранения.
- **Бесплатные услуги *neuvola* дополняют широкий спектр пособий, льгот и грантов, предназначенных для укрепления ресурсов отдельных лиц и семей, с тем чтобы они могли взять на себя ответственность за собственное здоровье и благополучие.** Оказание поддержки родителям, консультирование по вопросам здоровья и групповые занятия с родителями по вопросам воспитания детей предлагаются во время частых периодических медосмотров. Продолжающиеся, конфиденциальные отношения и взаимодействие между медсестрами общественного здравоохранения и семьями повышают эффективность консультирования по вопросам укрепления здоровья.
- **Государственные учреждения несут ответственность за разработку и оценку услуг *neuvola* и школьного медицинского обслуживания, однако муниципалитеты отвечают за практическую организацию этих услуг.** Участие государства в мониторинге оказания профилактических услуг системы первичной медико-санитарной помощи гарантирует доступ к услугам, обеспеченным надлежащими ресурсами.

Справочные материалы

- (1) KT Kuntatyonantajat (2017) Работники местных государственных администраций. (<https://www.kt.fi/tilastot-ja-julkaisut/henkilostotilastot/ammattit>, просмотрено 22 марта 2018 г.).
- (2) Канта (2017) База данных пациентов (<http://www.kanta.fi/en/earkisto-esittely>, просмотрено 18 марта 2018 г.).
- (3) Организация экономического сотрудничества и развития (2017a) Семейная база данных. CO1.1: Младенческая смертность. Париж (http://www.oecd.org/els/family/CO_1_1_Infant_mortality.pdf, просмотрено 15 марта 2018 г.).
- (4) Организация экономического сотрудничества и развития (2017b) Семейная база данных. CO1.3: Низкий вес при рождении. Париж (http://www.oecd.org/els/family/CO_1_3_Low_birth_weight.pdf, просмотрено 15 марта 2018 г.).
- (5) Хейно А., Вуори Е., Гисслер М. (2017) Perinataalitilasto – synnyttajat, synnytykset ja vastasyntyneet 2016 [Перинатальная статистика – роженицы, роды и новорожденные]. Хельсинки: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (Национальный институт здравоохранения и благополучия) (http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135445/Tr_37_17.pdf?sequence=1, просмотрено 1 марта 2018 г.).
- (6) Йокояма Й., Хакулинен Т., Сугимото М., Силвентойен К., Калланд М. (2017) Субъективное материнское благополучие и система превентивной медицинской помощи в Японии и Финляндии. Eur Public Health. DOI: 10.1093/eurpub/ckx211.
- (7) Yle (2012) Neuvola-jarjestelma on kaikkien aikojen paras suomalainen keksinto. [Система Neuvola - это лучшая финская инновация всех времен]. Helsinki (<https://yle.fi/aihe/artikkeli/2012/04/27/neuvola-jarjestelma-kaikkien-aikojen-parassuomalainen-keksinto>, просмотрено 15 марта 2018 г.).
- (8) TEAviisari (Национальный институт здравоохранения и благополучия) (2018) Обеспечение сестринскими ресурсами общественного здравоохранения в сравнении с национальными рекомендациями: Общенациональные данные 2016. Хельсинки (<https://www.teaviisari.fi/teaviisari/en/tulokset?view=PTHVoiA&y=2016&y=2014&y=2012&y=2010&y=2008&r=KOKOMAA&chartType=pointer&cmp=y>, просмотрено 21 марта 2018 г.).
- (9) Sotkanet.fi (2018) Статистическая информация о благополучии и здравоохранении в Финляндии. Хельсинки (<http://www.sotkanet.fi/sotkanet/en/taulukko?indicator=szapsNY1BAA=®ion=s07MBAA=&year=sy6rsDbX0zUEAA=&gender=t>, просмотрено 21 марта 2018 г.).

Изученные уроки

- **Зарегистрированные медицинские сестры общественного здравоохранения обеспечивают руководство и предоставление медицинских услуг на протяжении всего жизненного цикла человека и являются работниками первой линии контакта в вопросах профилактики и укрепления здоровья.**

НАЛОГ В ИНТЕРЕСАХ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ В ВЕНГРИИ:

Пример успешных межсекторальных действий с использованием мер фискальной политики для поддержки выбора в пользу здорового питания и повышения доходов для общественного здравоохранения.

Ева Мартос¹, Тамаш Жо², Зофия Пузтай³

Резюме

В 2011 году Парламент Венгрии принял законодательный акт о взимании налога на продукты питания в пользу общественного здоровья - налог, которым облагаются пищевые продукты, содержащие нездоровый уровень сахара, соли или других ингредиентов, в целях снижения потребления этих продуктов, продвижения здорового питания и создания механизма дополнительного финансирования служб общественного здравоохранения. Спустя четыре года после введения этого налога в Венгрии снизилось потребление нездоровых продуктов. Многие производители продуктов питания сократили или вообще исключили из своих продуктов неблагоприятно влияющие на здоровье ингредиенты, в обществе повысился уровень осведомленности о здоровом питании, было собрано около 219 миллионов долларов США государственного дохода, предназначенного для сферы здравоохранения.

Реагирование на кризисную ситуацию в общественном здравоохранении

Неинфекционные заболевания являются основными причинами заболеваемости и смертности в Венгрии. В промышленно развитых странах показатели смертности от ишемической болезни сердца, инсульта и рака являются одними из самых высоких. В Венгрии отмечается наибольшее потребление соли на душу населения в Европейском регионе, около двух третей взрослого населения имеет избыточный вес или ожирение. За последнее время правительством Венгрии были предприняты значительные шаги для улучшения питания населения. Инициативы включали принятие законодательных актов для обеспечения стандартов в системе общественного питания, отказ от применения транс-жиров в продуктах питания, улучшение качества питания в школьных столовых, и введение налога на определенные продукты питания в интересах общественного здоровья.

The public health product tax

В 2011 году в Венгрии был введен налог на продукты питания в пользу общественного здоровья – это сбор, взимаемый с пищевых продуктов с

Ключевые наблюдения

- Фискальные инструменты могут сыграть важную роль в улучшении предпочтений населения в еде.
- Налог на продукты питания в пользу здравоохранения не является панацеей в решении вопроса неправильного питания или дефицита бюджета.
- Положительным результатом попыток производителей не попасть под действие налога налога стало улучшение полезности продуктов путем изменения их состава.
- Повышение осведомленности в вопросах питания стало одним из результатов введения налога в целях улучшения предпочтений в еде, помимо того эффекта, который вызвал рост цен на ряд продуктов.
- Межсекторальная работа позволила точно определить проблему, подготовить соответствующее политическое решение и его эффективную реализацию.
- Постоянное совершенствование законодательства после изначального принятия закона имело большое значение для выявления и устранения слабых мест и обеспечения эффективности налога.
- Налог на продукты нездорового питания соответствует законодательству Европейского союза.

неблагоприятно влияющими на здоровье ингредиентами, содержание которых превышает пороговый уровень. Налог разрабатывался Министерством здравоохранения и Министерством финансов при поддержке ВОЗ в целях продвижения выбора в пользу здорового питания и одновременной мобилизации финансовых ресурсов для служб общественного здравоохранения. Кроме того, налог направлен на перераспределение ответственности за выбор нездорового питания таким образом, чтобы сами потребители несли пропорциональную долю социального и экономического бремени нездорового питания. Конкретные задачи введения налога в пользу здоровья состоят в том, чтобы поддерживать формирование привычек здорового питания среди населения Венгрии и подталкивать производителей к изменению состава продуктов питания в лучшую сторону. Экономической задачей введения такого налога является создание стабильного потока государственного дохода для общественного здравоохранения с целью компенсировать затраты здравоохранения на лечение заболеваний, связанных с неправильным питанием.

До введения налога на продукты питания в пользу общественного здоровья были проведены лабораторные анализы состава пищевых продуктов для того, чтобы определить продукты нездорового питания и количественное содержание соли, сахара и других неблагоприятно влияющих на здоровье ингредиентов этой продукции. При подготовке налогового законодательства эту информацию совместили с данными по потреблению продуктов с высоким содержанием соли и сахара. Эта информация также может использоваться в дальнейшем в качестве исходных данных для мониторинга и оценки изменений в моделях потребления и составе продуктов питания. Административное налоговое бремя на производителей и продавцов было оценено и определено как минимальное. После введения налога в него пять раз вносили поправки для ликвидации лазеек в налоговом законодательстве и обеспечения его эффективности.

Налог на продукты питания в пользу общественного здоровья взимается в точках продаж с потребителей, которые покупают продукты питания, подлежащие обложению налогом, а также с продавцов, которые впервые продают эту продукцию в Венгрии. Налог взимается за единицу продаваемой продукции, измеряемую в килограммах или литрах.

Однако бывают и исключения, когда в некоторых случаях налог зависит от количественного содержания ингредиента, неблагоприятно влияющего на здоровье, а не от его наличия в целом. Налогом облагаются следующие продукты:

- предварительно упакованные сладкие продукты, такие как конфеты, печенье, кондитерские изделия, хлебобулочные изделия, продукты, содержащие какао;
- безалкогольные напитки с добавлением сахара;
- фруктовые джемы и аналогичная сладкая консервированная продукция;
- ароматизированное пиво с добавлением сахара;
- газированные напитки, содержащие алкоголь;
- алкогольные напитки;
- энергетические напитки;
- чрезмерно соленые закуски.

Воздействие

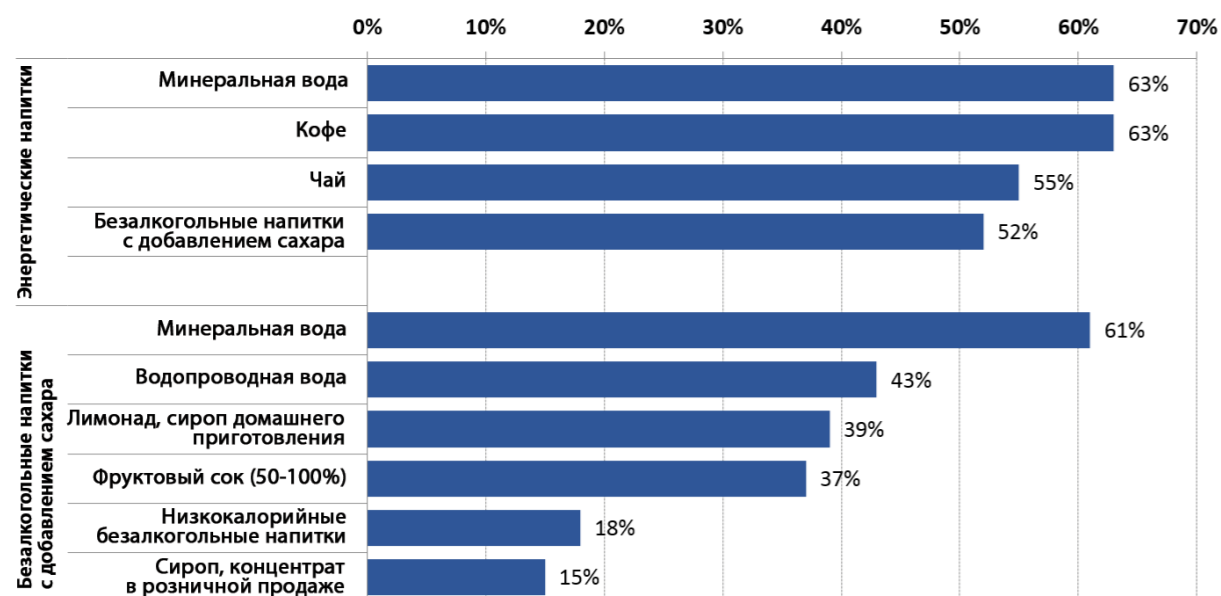
Налог на продукты питания в пользу общественного здоровья в Венгрии оказал значительное влияние на сложившуюся ситуацию. С момента его введения в 2011 году потребление продуктов нездорового питания снизилось одновременно со снижением поставок и продаж этой продукции. В 2012 г. Национальный институт развития здравоохранения провел первую оценку воздействия этой меры, результаты которой показали, что после введения налога около 40% производителей продуктов нездорового питания изменили состав своей продукции путем сокращения количественного содержания или полного исключения опасных для здоровья ингредиентов (28% и 12%, соответственно) (1). Объемы продаж у производителей облагаемых налогом продуктов питания снизились в среднем на 27%, а цены на эти продукты в среднем выросли на 29% (1). Вторая оценка воздействия, которую провел Национальный институт питания и диетологии в 2014 году, показала, что реакцией потребителей продукции нездорового питания на введение налога стал выбор более дешевых и зачастую более полезных для здоровья продуктов (7-16% людей, участвовавших в опросе), потребление меньшего количества продуктов нездорового питания (5-16%), выбор другого бренда продукции (5-11%) или других продуктов питания (зачастую продуктов более здорового питания) (2). Большинство людей (59-73%), которые после введения налога стали употреблять меньше продуктов нездорового питания, в 2014 году сократили их потребление больше, чем в предыдущие годы. Это указывает на то, что потребление нездоровых продуктов питания продолжает снижаться (2). В течение первых 4 лет этих налоговых сборов было собрано 61,3 миллиарда форинтов (порядка 219 миллионов долларов) в пользу общественного здравоохранения (2). В 2013 году эта сумма составила примерно 1,2% от государственных расходов на здравоохранение Венгрии.

¹ Земмельвейский университет, Экс-директор Национального института политики в области питания

² Земмельвейский университет, Исследователь

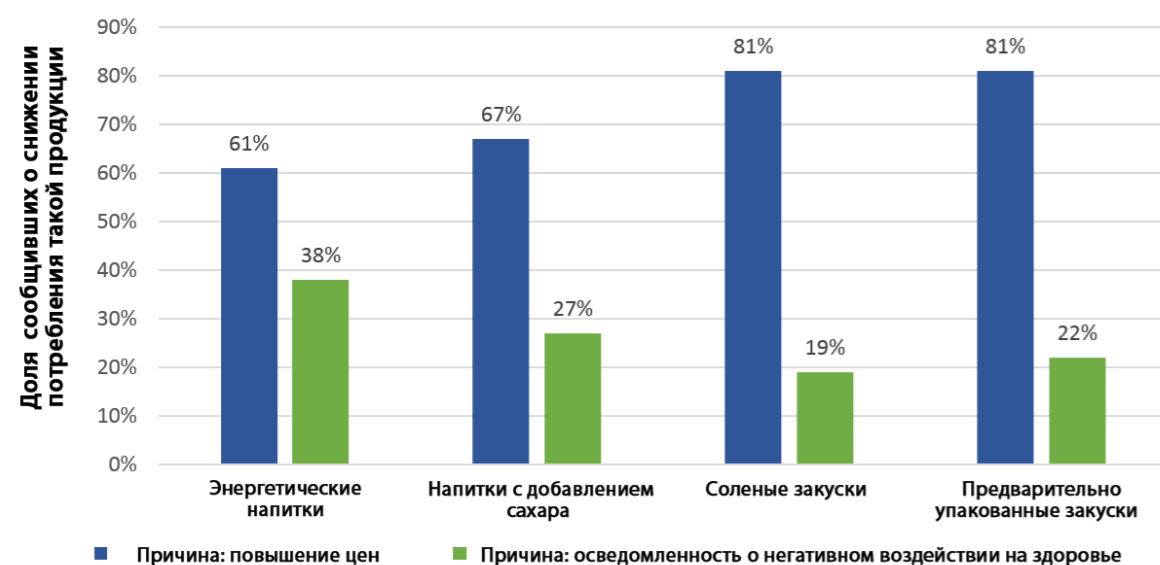
³ Руководитель странового офиса в Сербии; Шаболц Сцигети, Специалист по политике систем здравоохранения, Страновой офис в Венгрии

Рис. 1. Примеры эффекта замещения облагаемых налогом продуктов нездорового питания более полезной продукцией



Источник данных: Национальный институт питания и диетологии (2014)

Рис. 2. Причины снижения потребления вредных для здоровья продуктов



Источник данных: Национальный институт развития здравоохранения (2013)

прибыли, ни к революции в финансировании общественного здравоохранения. Он стал одним из компонентов масштабной многосторонней стратегии финансирования, направленной на рост доходов здравоохранения.

- **Положительным результатом попыток производителей избежать уплаты налога стало улучшение качества продуктов путем изменения их состава.** Ряд производителей нездоровых продуктов сделали выбор в пользу сокращения или исключения опасных для здоровья ингредиентов для снижения своей налоговой нагрузки. И хотя такая реакция не принесла дохода для бюджета, она привела к снижению доступности нездоровых продуктов, за которым, возможно, последует снижение затрат здравоохранения на лечение хронических заболеваний, связанных с неправильным питанием.
- **Повышение осведомленности в вопросах питания стало одним из результатов введения налога в целях улучшения пищевых предпочтений, помимо того эффекта, который вызвал рост цен на ряд продуктов.** Налог на продукты питания в пользу общественного здоровья привел к снижению потребления нездоровых продуктов благодаря повышению цен и созданию ценового барьера. Косвенно, налог и широкое обсуждение его введения стали менять отношение населения к нездоровым продуктам и повлияли на решение потребителей сознательно отказываться от продуктов питания, которые неблагоприятно влияют на здоровье.
- **Межсекторальная работа позволила точно определить проблему, подготовить соответствующее политическое решение и его эффективную реализацию.** Введение налога было мотивировано необходимостью увеличения финансирования деятельности общественного здравоохранения. Специалисты в области здравоохранения из Министерства здравоохранения, Национального института развития здравоохранения, Национального института питания и диетологии, Министерства финансов и ВОЗ работали в тесном сотрудничестве над подготовкой окончательного варианта налога для соблюдения законодательства на протяжении целого ряда переработок и исправлений.
- **Постоянное совершенствование законодательства после изначального принятия закона имело большое значение для выявления и ликвидации лазеек в налоговом законодательстве и обеспечения эффективности налоговой меры.** После вступления в силу, налог на продукты питания, взимаемый в пользу здравоохранения, дорабатывали несколько раз в ответ на попытки производителей вносить мнимые изменения в состав продуктов нездорового питания с целью уклонения от налога. Эти доработки помогли политикам бороться с такого рода маневрированием производителей и облагать налогом тех, кто не меняет состава своей продукции, чтобы сделать ее полезнее для здоровья людей.
- **Налог на нездоровые продукты питания соответствует законодательству Европейского союза.** Правила оплаты налога на продукты питания в пользу здоровья полностью соответствуют законодательству Европейского союза, так как налоговые обязательства полностью зависят от состава продукции независимо от места ее производства.

Справочные материалы

- (1) Национальный институт питания и диетологии. (2015 (готовится к выпуску)). «Оценка влияния введения акцизного налога на вредные для здоровья продукты. Промежуточный отчет»
- (2) Национальный институт развития здравоохранения. (2013) «Поддержка мониторинга влияния акцизного налога на отдельные продукты питания в Венгрии для борьбы с инфекционными заболеваниями, укрепления здоровья и продвижения здорового образа жизни. Технический отчет».



Извлеченные уроки

- **Фискальные инструменты способны значительно улучшить предпочтения населения в еде.** В отличие от менее успешных примеров подобных усилий в других странах Европы, опыт Венгрии показал, что введение налога на ряд четко определенных продуктов может содействовать выбору в пользу более здоровых продуктов питания. Отчасти успех подготовки налога в Венгрии обусловлен выбором относительно узкого перечня продуктов питания вследствие определенно негативного влияния, которое они оказывают на здоровье людей. Это обеспечило прочное обоснование оправданности этой меры и содействовало ее принятию.
- **Налог на продукты питания в пользу здоровья не является панацеей в решении вопроса неправильного питания или дефицита бюджета.** Налог был введен в Венгрии в то время, когда развивающийся кризис общественного здравоохранения и вопросы питания были темой активного общественного обсуждения. Налог был частью комплекса мер, направленных на изменение предпочтений в еде. С точки зрения государственного финансирования, налог не привел ни к получению неожиданной

УКАЗ ОБ ОБЩЕСТВЕННОМ ПИТАНИИ В ВЕНГРИИ: Межсекторальные действия общественного здравоохранения в целях улучшения питания и решения проблем социального неравенства с применением обязательного к исполнению правового инструмента

Кристина Биро¹, Андреа Зентай²

Резюме

Указ об общественном питании был опубликован в 2014 году после длительной подготовительной фазы и интенсивного сотрудничества с соответствующими заинтересованными сторонами. Этот правовой инструмент является одним из компонентов комплексного набора мер общественного здравоохранения, направленного на решение первопричин ожирения. Указ относится к факторам риска, связанным с рационом питания, в основном в образовательной среде (включая бесплатные летние обеды для уязвимых детей) и в стационарах, и рассматривает не только вопросы, связанные со здоровьем, но и вопросы социальной сферы и равенства. Спустя три года после его введения, благоприятные изменения наблюдаются в сфере школьного питания и в отношении со стороны пищевой промышленности. Надежная коммуникация в дополнение к законодательству улучшила понимание его целей в сфере общественного здравоохранения, что позволило укрепить общественное восприятие и принятие.

Для улучшения показателей питания необходим комплексный подход

Хронические неинфекционные заболевания, особенно сердечно-сосудистые и онкологические заболевания, являются основной причиной преждевременной смертности в Венгрии. Ожирение вносит свой вклад в эти показатели, а потому представляет большое беспокойство для общественного здравоохранения, особенно среди детей. В Венгрии 28% детей страдают от избыточного веса, а более 11% - от ожирения (1). Национальные опросы показывают, что рацион питания сам по себе содержит факторы риска.

Здоровое питание важно для умственного и социального развития детей и их благополучия, и улучшает показатели учебы и посещаемость (2). Поскольку дети большую часть своего дня проводят в дошкольных учебных заведениях и школах, именно там они получают 35-65% от своего дневного потребления энергии. Следовательно, школы и дошкольные учебные заведения играют важнейшую роль в обеспечении доступа к здоровому питанию и формировании здорового поведения детей. Обеспечение

Ключевые наблюдения

- Добровольные действия сами по себе не являются достаточным катализатором изменений пищевой среды или пищевых предпочтений - также необходимо обязательное к исполнению законодательство.
- Комплексный инструмент, влияющий на вопросы здравоохранения, социальной сферы и равенства, требует сильной и согласованной межсекторальной сотрудничества.
- Для достижения столь сложных результатов требуется сильная политическая приверженность со стороны правительства, как в его миссии, так и в финансовых вопросах.
- Неинфекционные заболевания, связанные с рационом питания, невозможно сократить только лишь за счет такой «серебряной пули» как Указ об общественном питании. Эта сложная проблема требует систематического подхода и комплексного, согласованного ответа по всей широте системы.
- Структурные изменения в системе государственного управления, которые объединили здравоохранение, социальную сферу, образование, молодежь и спорт в едином министерстве, содействовали процессу за счет обеспечения более эффективного межсекторального сотрудничества.
- Надежная коммуникация в дополнение к законодательству привела к улучшению понимания его целей в сфере общественного здравоохранения, что позволило укрепить общественное восприятие и принятие.

здорового питания в школах и дошкольных учреждениях является долгосрочной инвестицией в здоровье, позитивное воздействие которой сохраняется и во взрослые годы.

Признавая, что добровольные действия в одиночку не достигли успеха в изменении неблагоприятных показателей питания, правительство Венгрии запустило комплексный пакет обязательных правовых действий, направленных на решение факторов риска, связанных с образом жизни, включая питание и физическую активность. Пересмотр питательных стандартов в сфере общественного питания пользовался особенно высоким спросом, как со стороны профессиональных работников, так и со стороны общественности.

Указ об общественном питании

Главный медицинский офис пересмотрел руководства по питанию для сферы общественного питания в 2011 году и внедрил новый подход рекомендаций на основе пищевых продуктов. Новые руководства стимулируют увеличение потребления овощей и фруктов, и снижение потребления жира, соли и сахара.

Новые министерский указ об общественном питании был основан на этом руководстве. Подготовительная межсекторальная работа велась под руководством Министерства человеческого потенциала, «над-министерства», охватывающего вопросы здравоохранения, социальной сферы, образования, молодежи и спорта.

Указ широко и тщательно обсуждался в течение трех лет с участием всех заинтересованных сторон, включая государственные органы, профессиональные и общественные организации, такие, как ассоциации работников общественного питания, ассоциации родителей, местные государственные администрации и пищевая промышленность. Причины для сопротивления указу включали боязнь увеличения цен на сырье со стороны местных администраций и работников общественного питания, и давление со стороны пищевой промышленности в отношении быстрых и дорогостоящих технологических изменений. В ходе переговоров был достигнут ряд компромиссов, учитывающих способности и возможности местных администраций и пищевой промышленности. Во избежание ненужных финансовых ограничений, для поставщиков было проведено предварительное моделирование и оценка стоимости меню с учетом положений нового указа. Чтобы помочь работникам общественного питания в соблюдении нового указа, на подготовительном этапе был осуществлен сбор хорошей практики тщательного, разумного планирования меню с местными пищевыми продуктами, и практики сезонных меню.

Указ был опубликован в 2014 году и вступил в силу 1 января 2015 года, а применяется с 1 сентября 2015 года. Он охватывает дошкольные учебные заведения, начальную и среднюю школу, и прочие образовательные заведения, стационары, и ряд служб, которые предоставляют социальную защиту и защиту детей.

Указ требует применения стандартов пищевых продуктов и дополнительных стандартов касательно некоторых питательных элементов (например, соли, сахара, общего жира, кальция). В отношении соли предусмотрен поэтапный подход. Поставщики постепенно соблюдают референтные значения для максимального дневного потребления соли для разных возрастных групп, а достижение конечных показателей предусмотрено спустя шесть лет. Закон предусматривает отдельные группы пищевых продуктов, которые должны предоставляться ежедневно (молоко и молочная продукция, цельные злаки и зерновые, фрукты и овощи). Закон также регулирует необходимое количество трапез, соответствующие возрастам размеры порций, частоту предоставления определенных групп продуктов за 10-дневный период питания, энергетические требования по возрасту, и вариативность продуктов питания. Указ ограничивает использование некоторых категорий пищевых продуктов и запрещает ряд продуктов питания (например, энергетические напитки, подслащенные прохладительные напитки, сиропы не на фруктовой основе, напитки с кофеином для детей до 18 лет) и ряд пищевых красителей для детей.

Указ обязывает работников общественного питания предоставлять достаточную информацию потребителям за счет демонстрации данных о содержании питательных элементов и присутствии аллергенов. Один раздел посвящен обязательному обучению работников общественного питания. Он требует предоставления питательной, здоровой пищи, соответствующей возрасту и психологическому состоянию, также и для людей со специальными диетическими потребностями, включая непереносимость лактозы, чувствительность к глютену и прочие типы непереносимости, обоснованные специалистом, согласно законодательству Европейского союза. Этот элемент законодательства является перспективным, поскольку данный аспект общественного питания ранее не рассматривался.

Указ подчеркивает важность равенства и соблюдения базового права на здоровье. Он имеет сильный социальный элемент, предусматривающий предоставление бесплатного здорового питания детям из социально уязвимых семей. Для покрытия стоимости летнего питания школьников во все увеличивающемся числе уязвимых поселений существует система тендеров.

¹ Заместитель руководителя департамента, Министерство человеческого потенциала, Государственный секретариат здравоохранения, Будапешт, Венгрия.

² Руководитель департамента, Национальный институт фармакологии и питания, Генеральная дирекция пищевых продуктов и питания, Департамент прикладного питания, Будапешт, Венгрия

Министерство человеческого потенциала и Национальный институт фармакологии и питания реализовал интенсивную программу коммуникации, включая создание веб-страницы для распространения аутентичной информации в интересах просвещения и повышения информированности о здоровье, а также общенациональные выездные презентации, сбор лучшей практики и предоставление рецептов для продвижения здорового общественного питания. Объяснение логики законодательства и распространение информации о его целях в сфере общественного здравоохранения помогли улучшить его восприятие и принятие среди общественности и родителей.

Воздействие

В 2017 году Национальный институт фармакологии и питания провел оценку общественного питания и пищевых продуктов в начальных школах в рамках Полугодового соглашения о сотрудничестве между Европейским региональным бюро ВОЗ и Министерством человеческого потенциала Венгрии. (3) Предварительные результаты демонстрируют ряд благоприятных изменений в питании в начальных школах в период с 2013 по 2017 (Рис. 1).

- В 90% школ работники общественного питания соблюдают нормативы в отношении содержания сахара, энергии и жира.
- Здоровая пища и ингредиенты доступны или внедряются, и лишь меньшинству детей они не нравятся.
- Доля школ, в которых фрукты и овощи предоставляются один или более раз в день, значительно возросла, с 47% до 82%.
- Традиционная методика приготовления пищи в виде глубокой за жарки используется в гораздо меньшем количестве кухонь, со 100% до 33%.
- Доля школ, в которых особые диетические требования удовлетворяются, выросла с 63% до 78%.

В общем, среда школьного питания стала более здоровой в период с 2013 по 2017 год.

- Четверть школ отметили, что имеют кухонные и/или школьные сады.
- Доля школ, принимающих участие во Фруктово-овощных схемах школ Европейского Союза, выросла с 79% до 95%, а в Молочной схеме - с 47% до 72%.
- Сократилось количество школьных магазинов закусок, продающих подслащенные или газированные напитки, предварительно упакованные конфеты, шоколад, печенье или вафли.

На фоне этих изменений, пища, предоставляемая в секторе общественного питания, стала здоровее с увеличением потребления молока и молочной продукции, фруктов, овощей, цельных злаков и зерновых, и снижения потребления соли и насыщенных жирных кислот. Пищевая промышленность демонстрирует возросшую готовность менять рецептуру пищевых продуктов для получения мясной продукции с пониженным содержанием жира и соли.

Рис. 1. Изменения отдельных индикаторов 2013-2017



Извлеченные уроки

- **Добровольные действия сами по себе не являются достаточным катализатором изменений пищевой среды или пищевых предпочтений; необходимо обязательное к исполнению законодательство** для разработки рамочной структуры и призвания всех заинтересованных сторон к действиям, включая пищевую промышленность.
- **Комплексный инструмент, влияющий на вопросы здравоохранения, социальной сферы и равенства, требует сильного и согласованного межсекторального сотрудничества** между государственными органами, профессиональными организациями, гражданским обществом, пищевой промышленностью, местными государственными администрациями, школами и семьями.
- Для достижения столь сложных результатов посредством дизайна, согласования и реализации, требуется **сильная политическая приверженность со стороны правительства**, как в его миссии, так и в финансовых вопросах.
- **Проблему неинфекционных заболеваний, связанных с рационом питания, невозможно решить только лишь за счет такой «серебряной пули», как Указ об общественном питании.** Эта сложная проблема требует систематического подхода и комплексного, согласованного ответа по всей широте системы. Законодательство является лишь одним из возможных комплексных пакетов мер, в которые также входят правовые инструменты, модельные школьные программы, оперативные программы, межсекторальные инициативы и коммуникационные кампании, направленные на факторы риска питания, пищевые предпочтения и медицинская грамотность. Все они являются важными элементами комплексных ответных мер.
- **Структурные изменения в системе государственного управления**, которые объединили здравоохранение, социальную сферу, образование, молодежь и спорт в едином министерстве, содействовали процессу за счет обеспечения более эффективного межсекторального сотрудничества.
- **Надежная коммуникация** в дополнение к законодательству привела к улучшению понимания его целей в сфере общественного здравоохранения, что позволило укрепить общественное восприятие и принятие.

Справочные материалы

- (1) Инициатива ВОЗ по эпиднадзору за детским ожирением (COSI). Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2018(<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/activities/who-european-childhood-obesity-surveillance-initiative-cosi>, просмотрено 8 июня 2018).
- (2) Арвидсон Л. Бинаправленные ассоциации между психосоциальным благополучием и соблюдением руководств по здоровому питанию среди европейских детей: перспективные результаты исследования IDEFICS. BMC Public Health, 2017;17:926.
- (3) Оценка Указа об общественном питании в начальных школах Венгрии (проект отчета). Будапешт: Национальный институт фармакологии и питания (ожидается).

ПОВЫШЕНИЕ РОЛИ МЕДСЕСТЕР И АКУШЕРОК В ИРЛАНДИИ: Передовой опыт трансформации трудовых ресурсов здравоохранения для неинфекционных заболеваний в Европе

Элизабет Адамс¹, Клаудия Б. Майер², Джеймс Бучан³, Люсинда Кэш-Гибсон⁴

Резюме

Обследование 32 стран Европы в 2015 году показало, что более чем две трети медсестер расширили рамки официального объема сестринской практики на уровне первичной медико-санитарной помощи. Ирландия является одной из этих стран. Она впервые ввела расширенную практику в 2001 году в качестве экономически эффективной перестройки услуг первичной медико-санитарной помощи, предназначенной для удовлетворения возросших потребностей пациентов и прочих служебных нужд. За этим в 2006 - 2007 годах последовало предоставление медсестрам и акушеркам полномочий по назначению лекарственных средств. Была проведена систематическая и всеобъемлющая работа по устранению ряда барьеров на пути прогресса, включая законодательные и регулятивные барьеры. К середине 2007 года нормативы, определяющие заболевания, по которым медсестры и акушерки могут назначать лекарственные средства, были закреплены законодательно; также была внедрена новая программа профессионального образования для поддержки этих расширенных ролей. Первая медсестра, имеющая право назначать рецептурные препараты, получила регистрацию в 2008 году. Независимые оценки продемонстрировали повышение удовлетворенности пациентов лечением и получаемой ими информацией, повышение профессиональной удовлетворенности медсестер и акушерок, и возросший консенсус среди заинтересованных сторон в лечебной практике в отношении того, что новые роли действительно привели к предоставлению эффективного, высококачественного лечения пациентам при одновременном снижении рабочей нагрузки врачей первичного звена.

Реагируя на возросшие потребности пациентов и требования к трудовым ресурсам

Во многих европейских странах учреждения первичной медико-санитарной помощи находятся под давлением в разрезе предоставления высококачественного, всеобъемлющего и ориентированного на пациента ухода. Работники первичного звена зачастую несут высокую рабочую нагрузку. Эти вызовы усугубляются ростом распространенности НИЗ, который отражает изменения социально-демографического и эпидемиологического профиля. В некоторых странах это привело к изменениям в области предоставления услуг и в составе трудовых ресурсов в попытках лучше удовлетворять растущие потребности пациентов и обеспечивать предоставление эффективного ухода.

Ситуационное обследование медсестер, выполняющих расширенные обязанности, включая медсестер расширенной практики и практикующих специалистов сестринского дела в 36 странах, включая 32 европейские страны, показало, что более двух третей стран расширили официальные полномочия в сестринской практике в учреждениях первичной медико-санитарной помощи. Большинство медсестер выполняли расширенные обязанности в командах, при разной степени врачебного надзора. В восьми

Ключевые наблюдения

- Медсестры и акушерки с расширенной практикой представляют собой быстро растущую группу медработников в некоторых странах, обладающих высоким потенциалом для улучшения ухода за пациентами с неинфекционными заболеваниями (НИЗ) и опытом в контексте первичной медико-санитарной помощи.
- Управление и регулирование являются критически важными политическими рычагами в расширении масштаба применения этой практики.
- Предоставление медсестрам с расширенными и углубленными ролями права назначать лекарственные средства могло бы повысить их вклад; при этом любые законодательные изменения потребуют тщательного рассмотрения.
- Систематический подход в комбинации с продолжением национальной поддержки и участием множественных заинтересованных сторон играют критическую роль для обеспечения легитимности перераспределения ролей и обязанностей в командах первичной медико-санитарной помощи для заполнения конкретных пробелов в области предоставления услуг пациентам с НИЗ.
- Для поддержки медсестер и акушерок, ведущих расширенную практику, необходимо стандартизированное профессиональное образование и подготовка.

странах, включая четыре европейских страны (Ирландия, Великобритания, Финляндия и Нидерланды), отмечалось значительное перераспределение задач, в рамках которого медсестры с расширенными полномочиями были уполномочены работать на более высоких уровнях практики (1). Следующий раздел описывает опыт Ирландии.

Таблица 1. История развития расширенных и углубленных ролей медсестер и акушерок и включения в них полномочий по назначению лекарственного лечения в Ирландии

2001	Смена конфигурации модели предоставления услуг	<ul style="list-style-type: none"> • Экономически эффективная перестройка услуг первичной медико-санитарной помощи, предназначенная для расширения ролей медсестер и акушерок.
2006	Расширение полномочий Законодательство	<ul style="list-style-type: none"> • Наделение медсестер и акушерок полномочиями по назначению лекарственных средств. • Поправки в <i>Ирландский закон 2006 года о совете по лекарственным средствам (разные положения)</i>, позволяющие введение независимого назначения лекарственных средств медсестрами и акушерками.
2007	Нормативная база Образование Обучение Легитимность	<ul style="list-style-type: none"> • Закрепление в законодательстве новых профессиональных нормативов, определяющих условия для назначения лекарственных средств медсестрами и акушерками. • В поддержку расширенных ролей внедрена новая шестимесячная программа профессионального образования с получением Сертификата в области сестринского дела (<i>Назначение лекарственных средств медсестрами и акушерками</i>).
2008	Национальная руководящая структура	<ul style="list-style-type: none"> • Зарегистрирована первая медсестра, имеющая право назначать лекарственные средства. • Опубликовано Национальное рамочное руководство для назначения лекарственных средств медсестрами и акушерками.
2017	Стандарты и требования	<ul style="list-style-type: none"> • Департамент здравоохранения, Офис главной медицинской сестры, опубликовал консультационный документ «Разработка политики по дипломной, специализированной и расширенной сестринской и акушерской практике». • Ирландский совет по сестринскому и акушерскому делу опубликовал «Стандарты и требования по расширенной сестринской практике».

Медсестры и акушерки с расширенными ролями: назначение лекарственных средств

В Ирландии основными движущими факторами развития расширенной практики были социально-демографические изменения (к примеру, старение населения), требование перестройки услуг для пациентов в целях предоставления более специализированных услуг (к примеру, для пациентов с диабетом, астмой, онкологическими заболеваниями), соотношение цена-качество и усиленный акцент на услуги на уровне сообществ.

Расширение сестринской и акушерской практики в Ирландии было достигнуто за счет предоставления им полномочий по назначению лекарственных средств. Это было достигнуто с использованием двунаправленного подхода: за счет поправок в *Ирландский закон 2006 года о совете по лекарственным средствам (разные положения)*, предусматривающих введение назначения лекарственных средств независимыми медсестрами и акушерками, и путем внедрения новых профессиональных нормативов. Для назначения лекарственных средств необязательно быть специалистом расширенной практики: 894 медсестер и акушерок прошли регистрацию для назначения лекарственных средств в апреле 2016 г. (2).

В 2007 была запущена шестимесячная программа обучения с получением Сертификата в области сестринского дела (*Назначение лекарственных средств медсестрами и акушерками*), финансируемая Директором службы здравоохранения, для поддержки медсестер и акушерок в их новой, расширенной роли. Департамент здравоохранения основал национальную руководящую группу для консультирования по вопросам нормативов и для надзора реализации новых ролей в области назначения лекарственных средств на национальном уровне. В декабре 2008 года было опубликовано национальное *Рамочное руководство для назначения лекарственных средств медсестрами и акушерками* для обеспечения систематического и согласованного руководства в этой области.

Медсестры и акушерки, прошедшие регистрацию в Ирландском совете по сестринской и акушерской практике, и окончившие после регистрации одобренную шестимесячную образовательную программу, став «Зарегистрированной медсестрой, уполномоченной назначать лекарственные средства», при получении полномочий от своего поставщика услуг здравоохранения могут назначать определенный спектр лекарственных средств в пределах своей практики.

В марте 2017 года Департамент здравоохранения, Офис главной медицинской сестры, опубликовал консультационный документ «Разработка политики по дипломной, специализированной и расширенной

¹ Директор по вопросам профессионального развития, Ирландская организация медсестер и акушерок, Ирландия.

² Исследователь, Департамент управления здравоохранением, Технический университет Берлина, Германия.

³ Старший советник по человеческим ресурсам здравоохранения, Европейское региональное бюро ВОЗ.

⁴ Кандидат наук, Группа исследований неравенства в здравоохранении и Центр государственной политики Университета Джона Хопкинса - Университета Помпеу Фабра, Университет Помпеу Фабра, Испания

сестринской и акушерской практике» для обеспечения наличия критической массы сотрудников в этих расширенных ролях, более эффективного их использования и изменения их образования в целях удовлетворения меняющейся демографии, растущих потребностей и экономических ограничений. Ирландский совет по сестринской и акушерской практике также недавно опубликовал «Стандарты и требования расширенной сестринской практики» (3), которые устанавливают критерии для регистрации, и требования к компетенции на этом уровне.

Расширенная сестринская практика определяется как направление карьерного развития для зарегистрированных медсестер, приверженных непрерывному развитию и клиническому надзору, для ведения практики на более высоком уровне способностей в качестве независимых, автономных практикующих экспертов. На настоящий момент, 193 медсестры, ведущие расширенную сестринскую практику в 53 специальностях, и восемь акушерок, ведущих расширенную акушерскую практику в шести специальностях, прошли регистрацию в Ирландском совете по сестринской и акушерской практике.

Воздействие

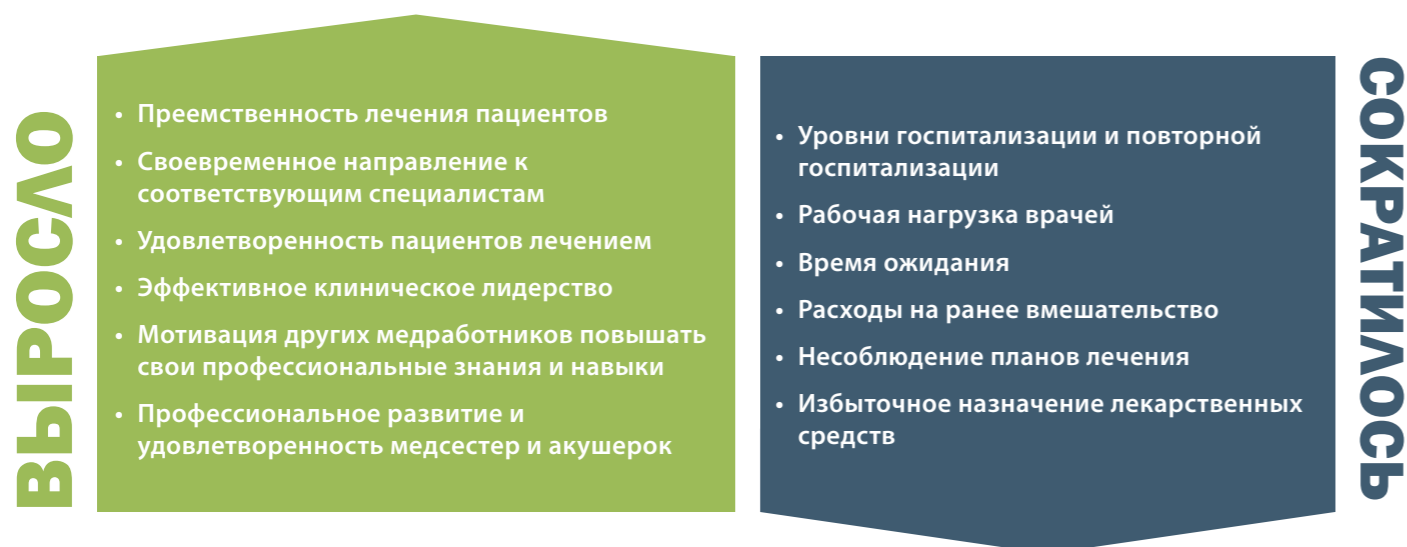
Несмотря на то, что общее количество медсестер и акушерок, осуществляющих расширенную практику, остается низким, он быстро возросло. К примеру, в период с 2010 по 2014 год совокупные годовые темпы прироста количества практикующих медсестер составили 13.3%, что в пять раз выше, чем у врачей (4).

Первая зарегистрированная медсестра, имеющая право назначать лекарственные средства, в Ирландии, начала работу в 2008 году. В настоящее время многие медсестры и акушерки прошли регистрацию в этой новой роли в широком спектре клинических областей, включая неотложную помощь и услуги на уровне сообщества. Осуществляется дальнейшее расширение этих ролей.

По результатам независимых оценок, расширение ролей медсестер привело к более эффективному клиническому лидерству, улучшению преемственности ухода за пациентами или клиентами, и своевременному направлению пациентов к соответствующим специалистам. Оценка также указывает на снижение уровня госпитализации, снижение рабочей нагрузки врачей, повышение использования доказательных оценок и вмешательств мультидисциплинарными командами, сокращение времени ожидания, повышение удовлетворенности семей и лиц, осуществляющих уход, получаемой ими информацией, и улучшение мотивации других медработников повышать их профессиональные знания и навыки (5).

Оценки практики показали, что в общем расширение ролей медсестер и акушерок и включение в них полномочий назначать лекарственные средства имело положительный эффект, особенно в отношении удовлетворенности пациентов лечением, и в отношении профессионального развития и удовлетворенности медсестер и акушерок. Среди заинтересованных сторон в области клинической практики существует консенсус о том, что медсестры и акушерки в этих новых расширенных ролях могут предоставлять высококачественные услуги пациентам при некотором снижении рабочей нагрузки врачей первичного звена. Введение назначения лекарственных средств медсестрами не привело к возникновению мнения среди врачей о том, что эти новые роли «вторгаются» на их территорию - похоже, врачи скорее ценят и уважают вклад этих новых ролей в лечение пациентов (6).

Таблица 2. Влияние расширенной практики медсестер и акушерок



Извлеченные уроки

- **Изменения законодательства, решение вопросов образования и управления, регистрационные требования, последствия для клинической практики и общественное восприятие** - вот лишь некоторые из аспектов, которые необходимо учитывать и решать для расширения ролей медсестер и акушерок и включения в них назначения лекарственных средств.
- **Для обеспечения легитимности расширенных ролей медсестер и акушерок необходим стандартизированный, систематический подход к поставщикам услуг здравоохранения, непрерывная поддержка на национальном уровне и участие множества заинтересованных сторон.** В Ирландии национальная поддержка предоставлялась Офисом директора по сестринской и акушерской практике Директора ирландской службы здравоохранения, который руководил подходом на основании вовлечения множества заинтересованных сторон.
- **Медсестры и акушерки, выполняющие расширенные роли, и зачастую обладающие полномочиями назначать лекарственные средства, могут повысить эффективность лечения пациентов с НИЗ и сопутствующими заболеваниями за счет предоставления более своевременного доступа к услугам и ориентированному на пациента лечению, и могут также смягчить рабочую нагрузку врачей, не подрывая при этом безопасность пациентов.** Многие страны уже внедрили или изучают возможность внедрения расширенных ролей для медсестер на уровне первичной медико-санитарной помощи.

Справочные материалы

- (1) Майер К.Б., Айкен Л.Х. Перераспределение задач от врачей к медсестрам на уровне первичной медико-санитарной помощи в 39 странах: сравнительное исследование стран. Европейский журнал общественного здравоохранения 2016;26:927-934.
- (2) Ирландские зарегистрированные медсестры и акушерки с правом назначения лекарственных средств предоставляют инновационные услуги пациентам. Пресс-релиз. Дублин: Health Service Executive; 2016 (<https://www.hse.ie/eng/services/news/media/pressrel/newsarchive/16archive/Apr-16/nurseprescribingconference.html>, просмотрено 5 декабря 2017 г.).
- (3) Стандарты и требования расширенной сестринской практики. Дублин: Ирландский совет по сестринскому и акушерскому делу; 2017 (<https://www.nmbi.ie/NMBI/media/NMBI/Advanced-Practice-Nursing-Standards-and-Requirements-2017.pdf?ext=.pdf>, просмотрено 5 декабря 2017 г.).
- (4) Майер К.Б., Барнз Х., Айкен Л.Х., Буссе Р. Описательный сравнительный анализ трудовых ресурсов в области сестринского дела в шести странах: размер, рост и потенциал замены врачебного персонала. BMJ Open. 2016;6:e011901.
- (5) Бегли К., Мерфи К., Хиггинс А., Эллиот Н., Лалор Дж., Ширин Ф. и др. Оценка ролей клинических медсестер и акушерок, и медсестер и акушерок с расширенной практикой в Ирландии (SCAPE). Дублин: Национальный совет по профессиональному развитию в области сестринского дела и акушерства; 2010.
- (6) Койн И., Комиски К.М., Лалор Дж.Г., Хиггинс А., Эллиот Н., Бегли К. Исследование клинической практики в учреждениях Ирландии с клиническими медсестрами и акушерками или медсестрами с расширенной практикой, и без них. BMC Health Serv Res. 2016;16:1.

УКРЕПЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ МУЖЧИН В ИРЛАНДИИ: Наращивание потенциала среди работников здравоохранения первой линии контакта для вовлечения мужчин в заботу о своем здоровье

Ноэл Ричардсон¹, Исабел Йорди Агирре²

Резюме

Неинфекционные заболевания являются ведущей причиной смертности и инвалидности среди мужчин в Ирландии, и обуславливаются менее здоровым образом жизни мужчин и недостаточным использованием ими услуг здравоохранения. Национальная политика Ирландии в области здоровья мужчин (2008-2013) выделила наращивание потенциала среди поставщиков услуг первой линии в качестве крайне важного, но обделенного вниманием компонента разработки эффективных стратегий вовлечения мужчин в заботу о собственном здоровье. Для решения этого дефицита в области гендерно-чувствительного предоставления услуг мужчинам, была разработана программа ENGAGE (вовлечение, англ.), Ирландская национальная программа обучения в области здоровья мужчин. Этот комплексный однодневный тренинг основан на подходе эмпирического научения и рефлексивной практики, в комбинации с механизмами для обратной связи и коллегиальной поддержки во время тренинга, и за его пределами. ENGAGE улучшил знания, навыки и потенциал поставщиков услуг в области вовлечения и работы с мужчинами и предоставления более гендерно-компетентных услуг и программ здравоохранения; усилил общественные кампании по охвату приоритетных групп мужчин; и повлиял на развитие гендерно-чувствительного предоставления услуг.

На пути к гендерно-чувствительному предоставлению услуг мужчинам

В Ирландии, как и в большинстве европейских стран, более низкая продолжительность жизни мужчин обусловлена более высоким уровнем смертности от неинфекционных заболеваний, которые являются ведущей причиной смертности и инвалидности среди мужчин. Также очевидны значительные различия в показателях здоровья между разными категориями мужчин. К примеру, мужчины из более низких социально-экономических групп отличаются значительно более высокими показателями смертности, чем мужчины из более высоких социально-экономических групп, и этот разрыв между богатыми и более бедными мужчинами продолжает увеличиваться. Прочие подгруппы населения, такие, как часто меняющие место жизни мужчины, гомосексуалисты, бисексуалы и мужчины-трансгендеры, а также фермеры тоже отличаются значительно более низкими показателями здоровья, чем общее мужское население Ирландии. Также хорошо задокументирован тот факт, что мужчины, сталкивающиеся с социальной уязвимостью, маргинализацией и социальным исключением, страдают от непропорционально высокого бремени болезней.

Помимо более широких социальных детерминант здоровья, контакты с системой здравоохранения и самостоятельный контроль состояния

Ключевые наблюдения

- Неинфекционные заболевания остаются ведущей причиной смертности и инвалидности среди мужчин в Ирландии, и обуславливаются менее здоровым образом жизни мужчин и недостаточным использованием ими услуг здравоохранения.
- Была запущена комплексная Национальная политика в области здоровья мужчин, интегрирующая гендерно-специфические подходы в политику, программы и услуги здравоохранения, и осмысленно претворяющая их на практике.
- Наращивание потенциала среди поставщиков услуг первой линии стало ключевым политическим решением, направленным на решение проблемы дефицита гендерно-чувствительного предоставления услуг мужчинам.
- Продвижение позитивных гендерных ролей и поддерживающей среды работает лучше в сфере вовлечения мужчин в заботу о собственном здоровье, чем подкрепление негативных гендерных стереотипов.
- Инвестиции в индивидуальное обучение привели к организационным и культурным изменениям за счет применения основанных на доказательствах инструментов для вовлечения мужчин, сети коллегиальной поддержки, постоянной поддержки и платформы для распространения этого опыта внутри организаций.
- В число факторов успеха входили (а) ясный мандат с соответствующим финансированием и ресурсами; (б) комплексная оценка, обеспечивающая доказательства воздействия; (в) адаптация и доработка в ответ на возникающие потребности; и (г) четкий фокус на коллегиальной поддержке и наставничестве.

здоровья могут привести к улучшению показателей по неинфекционным заболеваниям. Существуют доказательства того, что в основе более высокого уровня смертности мужчин от хронических заболеваний лежит нездоровый образ жизни, включая более высокий уровень потребления алкоголя и запойное пьянство, более высокий уровень курения и нездоровое питание. Рост распространенности ожирения среди мужчин также представляет особое беспокойство в Ирландии. Недостаточное или отложенное использование мужчинами услуг здравоохранения в ходе болезни также считается важнейшим вызовом и приоритетом для укрепления здоровья мужчин. За исключением категории мужчин в возрасте старше 70 лет, мужчины в Ирландии в целом имели меньше консультаций со врачами общей практики за предыдущие 12 месяцев, чем женщины, и были в два раза более склонны не посещать врачей общей практики вовсе за предыдущие 12 месяцев. При этом, когда мужчины все-таки посещают врача, они менее склонны соблюдать его предписания. Поставщики услуг часто считают мужчин «трудными клиентами» или говорят, что «до них трудно достучаться», и не уверены, к каким типам услуг мужчины могли бы быть более восприимчивы. Это привело к призывам наполнить предоставление услуг улучшенным пониманием воззрений, ценностей, отношения мужчин к болезням, и их подхода к использованию услуг здравоохранения.

Наращивание потенциала среди работников здравоохранения первой линии контакта для вовлечения мужчин в заботу о своем здоровье

В ответ на эти вызовы, в 2009 году Ирландия запустила свою Национальную политику в области здоровья мужчин (1), в основе которой лежит четко очерченный акцент на гендерно-специфические стратегии и подходы к вовлечению сообществ на основе сильных сторон, а также меры по наращиванию потенциала для охвата мужчин. Большая часть этой работы вращалась вокруг отличных партнерских отношений между государственным, общественным/волонтерским и академическим секторами, что привело к созданию сильной доказательной базы. Это значительно увеличило потенциал политики здравоохранения в области охвата так-называемых труднодоступных групп мужчин посредством подходов общественного охвата и информирования.

Эта стратегия стала уникальной в Европейском регионе ВОЗ, и повлияла на разработку региональной стратегии ВОЗ в области здоровья и благополучия мужчин, которая должна быть опубликована осенью 2018 года. Исторически, большая часть гендерно-ориентированных инициатив политики здравоохранения и подходы к внедрению гендера в здравоохранение были синонимичны тематике женского здоровья. Несмотря на значительные доказательства необходимости гендерно-специфических подходов для охвата мужчин программами и услугами здравоохранения, зачастую они не интегрируются в меры политики, или не претворяются по сути на практике.



Наращивание потенциала на индивидуальном, партнерском и общественном уровне является критически важным компонентом как процесса, так и результата положительного вовлечения мужчин. В частности, необходимость наращивания потенциала среди поставщиков услуг первой линии считается важнейшим, но обделенным вниманием компонентом разработки эффективных стратегий охвата мужчин. ENGAGE, Ирландская национальная программа обучения в области здоровья мужчин, и была разработана для решения проблемы этого дефицита гендерно-чувствительного предоставления услуг мужчинам. Это комплексный однодневный тренинг направлен на улучшение понимания участниками лучшей практики вовлечения мужчин в программы и услуги здравоохранения, и был разработан на фоне: (б) более плохих показателей здоровья и нездорового поведения мужчин; (б) недостаточного использования мужчинами определенных программ и услуг здравоохранения; (в) трудности вовлечения мужчин с точки зрения поставщиков услуг; и (г) растущей доказательной базы в поддержку более гендерно-чувствительных, или, как их еще называют, дружелюбных по отношению к мужчинам, подходов. В обзоре Национальной политики в области здоровья мужчин, ENGAGE была признана ключевым элементом реализации политики, и была названа «важным и уникальным обучающим ресурсом, способным охватить значительное число поставщиков услуг первой линии» (2).

¹ Лектор, Департамент науки и здравоохранения, Институт технологий, Карлоу, Ирландия
² Гендерный советник, Европейское региональное бюро ВОЗ

Каскадная модель тренингов для тренеров (ToT) была использована как наиболее эффективный и рентабельный способ максимизации диффузии тренинга ENGAGE среди поставщиков первой линии, как в разрезе количества, так и в разрезе географического охвата. По состоянию на сегодняшний день было проведено четыре программы ToT, которые прошли оценку как с точки зрения результата (3), так и с точки зрения процесса (4). Кандидаты на участие в программе ToT (тренеры) должны были иметь предварительный опыт фасилитации, представлять необходимый национальный географический охват, и включали представителей разных профессий (первичная медико-санитарная помощь, укрепление здоровья, общественный и волонтерский сектор). Каждый тренер должен был провести три однодневных тренинга ENGAGE для поставщиков первой линии. Тренеры получили всеобъемлющий пакет учебных ресурсов ENGAGE и агитационные материалы, и все поставщики, посетившие тренинги ENGAGE, получили сертификаты. После обучения тренерам была предложена техническая помощь в виде совместной фасилитации, либо с опытным фасилитатором ENGAGE, либо позже с наставником, опытным тренером. Координатор ENGAGE поддерживал постоянную связь и предоставлял поддержку, включая ежегодные встречи тренеров для освежения памяти и обмен рефлексивной практикой. Тренеры получали периодические обновления онлайн-хранилища ресурсов.

Воздействие

Таблица 1. Воздействие ENGAGE

ENGAGE	400 участников обучено в 2017 г.
	Повлиял на рабочую практику 93.4% поставщиков услуг
	Улучшил знания, навыки и способности поставщиков услуг в области выявления приоритетов для здоровья мужчин и их вовлечения в предоставляемые услуги
	Дал толчок экспоненциальному росту программ охвата приоритетных групп мужчин на уровне сообществ в Ирландии

В настоящее ENGAGE занимает прочное место основного, основанного на доказательствах компонента набора учебных курсов для Службы здравоохранения в Ирландии, и играет признанную ключевую роль в области продвижения гендерного равенства путем трансформации структур и мер политики, которые вовлекают мужчин в самостоятельную заботу о собственном здоровье. Тренеры ENGAGE продолжают свою деятельность, и в 2017 году провели обучение около 400 участников.

Результаты оценки результатов позволяют утверждать, что ENGAGE достигла успеха в повышении потенциала поставщиков услуг в области привлечения и работы с мужчинами и предоставления более гендерно-компетентных услуг и программ здравоохранения. Отмечены значительные улучшения (n=295) знаний, навыков и потенциала поставщиков определять приоритеты для здоровья мужчин, которые могут удовлетворить потребности их организаций, и вовлекать мужчин в их услуги, причем они сохранялись до пяти месяцев после тренинга. Подавляющее большинство поставщиков услуг (93.4%) отметили, что ENGAGE сохраняла свое воздействие на их рабочую практику до пяти месяцев после тренинга, а 39.3% формально закрепили приверженность здоровью мужчин в своих рабочих планах и/или проводили инициативы в области здоровья мужчин в своих службах (3).

Говоря более широко, успех ENGAGE можно измерить на фоне экспоненциального роста программ общественного охвата приоритетных групп мужчин. К примеру, тренинг ENGAGE был предоставлен ключевым заинтересованным сторонам, участвующим в (а) «Мужчины в движении» (общественная программа физической активности, направленная на мужчин с избыточным весом), которая привела к значительному снижению веса, улучшению физической формы и снижению рисков сердечно-сосудистых заболеваний среди мужчин (5); (б) «У фермеров есть сердца» (информационно-разъяснительная программа, направленная на профилактику сердечно-сосудистых заболеваний), которая обнаружила широкую распространенность множественных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний среди фермеров (6) и привела к комплексным мерам профилактики; и (в) «Клубы для жизни» (программа

укрепления здоровья, проводимая в мужских клубах), которая основана на том, что мужским клубам присуща функция укрепления здоровья (7). Эти примеры демонстрируют эффективность ENGAGE в оказании воздействия на развитие гендерно-чувствительного предоставления услуг и важные выводы для практики в других областях.

Извлеченные уроки

- **Неинфекционные заболевания остаются ведущей причиной смертности и инвалидности среди мужчин в Ирландии**, и обуславливаются менее здоровым образом жизни мужчин и недостаточным использованием ими услуг здравоохранения. Их в большой степени можно предотвратить за счет более эффективной политики.
- **Крайне важен комплексный и всеобъемлющий подход.** Национальная политика в области здоровья мужчин была запущена для интеграции гендерно-специфических подходов в программы и услуги здравоохранения, и их осмысленного претворения на практике.
- **Наращивание потенциала среди поставщиков первой линии контакта посредством ENGAGE, Ирландской национальной программы обучения в области здоровья мужчин, стало ключевым видом деятельности** в рамках этой всеобъемлющей стратегии здравоохранения для решения проблемы дефицита гендерно-чувствительного предоставления услуг мужчинам.
- **Позитивные гендерные роли и поддерживающая среда работают лучше, чем подкрепление негативных гендерных стереотипов.** Из простого информирования о гендерно-чувствительном предоставлении услуг мужчинам, роль ENGAGE эволюционировала в более гендерно-преобразующую программу, вносящую свой вклад в гендерное равенство за счет критического переосмысления вредоносных гендерных ролей и норм и развития среды для вовлечения мужчин в самостоятельную заботу о собственном здоровье.
- **Инвестиции в индивидуальное обучение привели к организационным и культурным изменениям.** Предоставление поставщикам первой линии контакта основанные на доказательствах инструменты для вовлечения мужчин, сети поддерживающих их коллег, постоянной поддержки и платформы для распространения этого знания в организациях, может оказать преобразующее воздействие на нормы организационной практики в связи со здоровьем мужчин.
- **Факторы успеха**, способствующие устойчивости и поддержанию темпа, были следующими: (а) сохранение мандата в области политики в сфере здоровья мужчин, что оказало значительное влияние на получение необходимого финансирования и ресурсов; (б) проведение комплексной оценки, обеспечившей для программы доказательную базу; (в) адаптация и доработка программы в ответ на возникающие потребности; и (г) четко очерченный фокус на коллегиальную поддержку и наставничество.

Справочные материалы

- (1) Департамент здравоохранения и детства (2008). Национальная политика в области здоровья мужчин 2008-2013. Дублин: Департамент здравоохранения и детства (Ирландия). Доступно на: <https://health.gov.ie/blog/publications/national-mens-health-policy-2008-2013/>
- (2) Бэйкер, П. (2015). Обзор Национальной политики и Плана действий в области здоровья мужчин 2008-13: Итоговый отчет для Руководства службы здравоохранения. Получено: <http://www.mhfi.org/policyreview2015.pdf>
- (3) Осборн А., Кэрролл П., Ричардсон Н., Дохени М., Бреннан Л., Ламбе Б. (2016). От тренинга к практике: воздействие ENGAGE, Ирландской национальной программы обучения в области здоровья мужчин. Health Promot Int. doi:10.1093/heapro/daw100.
- (4) Лефкович М., Ричардсон Н. (2016). Здоровье мужчин в альтернативных пространствах: изучение мужских клубов в Ирландии. Health Promot Int. doi:10.1093/heapro/daw091.
- (5) Кэрролл П., Харрисон М., Ричардсон Н., Робертсон С., Кохан А., Келли Л. и др. (2018). Оценка программы гендерно-чувствительной физической активности для неактивных мужчин в Ирландии: протокольный документ для прагматических контролируемых испытаний. Журнал исследований физической активности 3:20-7.
- (6) ван Доорн Д., Ричардсон Н., Осборн А. (2017). У фермеров есть сердца: Распространенность факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний среди подгруппы ирландских фермеров-животноводов. J Agromedicine. 22:264-74. doi:10.1080/1059924X.2017.1318728.
- (7) Лефкович М., Ричардсон Н., Бреннан Л., Ламбе Б., Кэрролл П. (2018). Процесс оценки модели тренингов для тренеров (ToT) в обучении в сфере здоровья мужчин. Health Promot Int. 33:60-70. doi:10.1093/heapro/daw056.

ТЕЛЕМЕДИЦИНА В КАЗАХСТАНЕ: Преодоление разрыва между городом и селом в обеспечении профилактики, диагностики и лечения неинфекционных заболеваний

Клейтон Хамилтон¹

Резюме

С момента зарождения сети телемедицины в 2004 году, Казахстан постепенно выстраивает платформу по оказанию медицинских услуг, отвечающую всем мировым стандартам и являющуюся ключевым компонентом национального подхода к укреплению системы предоставления медицинских услуг в сельских районах и достижению цели обеспечения всеобщего охвата услугами здравоохранения. Сеть телемедицины, созданная для обеспечения доступности специализированной медицинской помощи населению сельских районов, предоставляет широкий спектр телемедицинских консультаций, в том числе разработанных специально для диагностирования и лечения неинфекционных заболеваний (НИЗ).

Через национальную сеть телемедицины правительство Казахстана успешно реализует свое видение «эффективной и доступной системы здравоохранения, отвечающей потребностям населения», закрепленное в стратегическом плане действий Министерства здравоохранения на 2017-2021 годы. Правительство считает, что расширение сети телемедицины будет иметь решающее значение для дальнейшего повышения качества медицинской помощи в сельских районах к 2050 году.

Решение проблемы НИЗ в сельских сообществах

Бремя преждевременной смертности от четырех основных групп НИЗ - сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета, хронических респираторных заболеваний и рака - в Казахстане очень высокое; в 2014 году на эти заболевания приходилось 84% всех смертей в стране. Многие из этих хронических заболеваний можно избежать путем обеспечения доступа к хорошо функционирующей сети учреждений первичной медико-санитарной помощи и национальной сети телемедицины для надлежащей своевременной профилактики, диагностики, ведения и лечения. Низкая плотность населения сельских районов и география страны являются одними из основных проблем обеспечения эффективного медицинского обслуживания в Казахстане. Страна также сталкивается с другими проблемами, включая численность, специализацию и распределение кадровых ресурсов здравоохранения по всей стране. В сельских и отдаленных районах по-прежнему наблюдается нехватка медицинского персонала. Ряд других стран Европейского региона ВОЗ сталкиваются с подобными проблемами, и подход Казахстана может вдохновить их на действия.

Ключевые наблюдения

- Телемедицина может быть ключевым компонентом укрепления системы медицинского обслуживания и достижения цели всеобщего охвата услугами здравоохранения.
- Хорошо управляемая национальная сеть телемедицины может быть эффективным инструментом своевременной профилактики, диагностики, ведения и лечения НИЗ.
- Расширение масштаба применения телемедицины требует многогранного подхода, включая определение надлежащего использования, применение стандартов, обеспечение подготовки медицинских специалистов, разработку соответствующей политики и интеграцию медицинской информации.
- Государственно-частные партнерства могут быть полезны для расширения масштабов телемедицины и внедрения рамок интегрированного медицинского обслуживания, ориентированного на потребности пациентов, однако общественные интересы должны быть защищены надлежащим образом.
- Информационные и коммуникационные технологии могут содействовать решению ранее неразрешимых проблем в области политики, таких как доступ сельского населения в крупных, малонаселенных странах, к медицинскому обслуживанию и специализированной помощи.

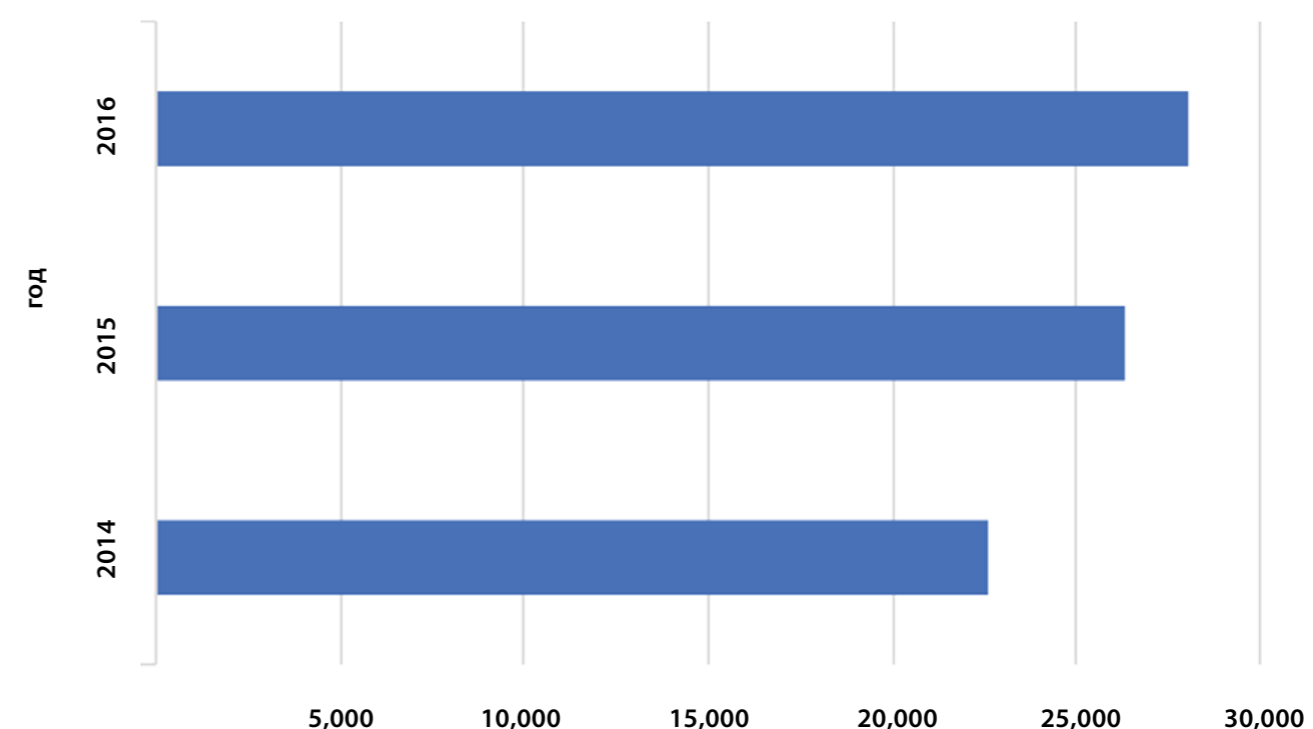
Национальная сеть телемедицины Казахстана

Национальная сеть телемедицины представляет собой стратегическую долгосрочную инвестицию Казахстана. Она является ключевым звеном расширения охвата услугами здравоохранения и укрепления здоровья всех граждан, независимо от их местонахождения. В рамках национальной «Стратегии-2050» правительство намеревается продолжить усовершенствование сети и внедрить услуги «смарт-медицины», онлайн-профилактику и лечение, а также дальнейшее расширение масштабов цифрового здравоохранения.

Сеть телемедицины была создана Министерством здравоохранения в 2004 году в рамках долгосрочной реформы сектора здравоохранения и для целей обеспечения всеобщего охвата населения услугами здравоохранения. Министерство признало, что телемедицина - это зреющая технология, которая может стать частью более широкой стратегии предоставления медицинских услуг в сельских сообществах, и может позволить преодолеть географические проблемы и нехватку медицинского персонала. Сеть постепенно расширяется за счет развития коммуникационной инфраструктуры и уже включает 209 учреждений здравоохранения на районном, региональном и национальном уровнях. Вместе с Республиканским центром по санитарной авиации, медицинским транспортом, инициативами по оказанию помощи при бедствиях и сетью передвижных аптек, сеть телемедицины предоставляет сельским гражданам комплексный доступ к медицинскому обслуживанию. Количество телемедицинских консультаций ежегодно увеличивается (рис.1). Сеть используется не только врачами для оказания клинической помощи пациентам, но также специалистами медицинских университетов, научно-исследовательских институтов и национальных центров для подготовки и проведения лекций и семинаров по различным заболеваниям с целью подготовки медицинских работников в региональных и районных больницах.

«Телездоровье» включает дистанционные медицинские услуги, в том числе дистанционную клиническую диагностику и мониторинг, необходимые для профилактики заболеваний, укрепления здоровья и лечебных аспектов здравоохранения. Сюда также могут быть включены электронные подходы к общественному здравоохранению, администрированию, научным исследованиям и медицинскому образованию.

Fig. 1. Numbers of telemedicine consultations conducted annually in Kazakhstan, 2014–2016



Источник: Министерство здравоохранения Казахстана

¹ Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения, Отдел систем здравоохранения и охраны общественного здоровья

Воздействие

Своевременная, правильная диагностика и лечение с помощью телемедицины позволяют работникам здравоохранения Казахстана своевременно и быстро оказывать неотложную медицинскую помощь пациентам, снижать расходы, связанные с выездами на место для оказания медицинской помощи, а также уменьшить сложность процесса сопровождения пациентов с полиморбидными заболеваниями в региональные или государственные клиники.

В 2016 году специалисты 15 региональных больниц, областной детской клинической больницы Шымкента и 14 государственных клиник провели 28 060 телемедицинских и видео-консультаций, из которых 26 252 были проведены региональными больницами и 1808 - государственными клиниками. В тот же период сеть телемедицины использовалась для проведения 7477 радиографических, 7498 электрокардиографических и 1563 ультразвуковых исследований.

Отражая растущее бремя НИЗ в Казахстане, наиболее частыми телеконсультациями в 2015 году были консультации в области кардиологии (16,7% всех консультаций), пульмонологии (13%) и неврологии (9,7%). Телемедицина чаще всего используется в Карагандинской, Южно-Казахстанской и Акмолинской областях. Государственными клиниками, которые чаще всего проводят телеконсультации, являются Научно-исследовательский институт кардиологии и внутренних болезней, Национальный научно-медицинский центр и Научный центр педиатрии и детской хирургии.

В настоящее время Министерство здравоохранения изучает возможность предоставления дополнительных средств для расширения масштабов национальной сети телемедицины государственно-частными партнерствами.

Извлеченные уроки

- Соответствующая структура управления для стандартизации и постепенного расширения масштабов телемедицины обеспечивает ее долгосрочную устойчивость.
- Принятие телемедицины также требует нетехнической поддержки, включающей разработку соответствующей политики, регулирование и переориентацию алгоритмов оказания медицинских услуг.
- Инвестирование в непрерывную профессиональную подготовку и поддержка медицинского персонала в области использования телемедицины является катализатором дальнейшего расширения сети телемедицины.
- Применение телемедицины может выходить за рамки клинической помощи и включать информационный обмен, профессиональную подготовку и научные исследования.
- Межсекторальный подход, используемый для связи телемедицины с другими видами медицинской помощи в сельских районах (например, санитарной авиацией, медицинским транспортом, неотложной помощью, сетью передвижных аптек), повышает качество и эффективность реагирования системы здравоохранения.
- Интеграция телемедицины в национальную информационную систему здравоохранения позволяет обеспечить доступ к медицинской информации для предоставления дистанционных услуг и избежать информационной разобщенности.

Справочные материалы

Стратегический план Министерства здравоохранения Республики Казахстан на 2017-2021 гг. Астана; 2017 г.

Министерство здравоохранения Казахстана. За последние 13 лет в Казахстане проведено более 133 тысяч телемедицинских консультаций. Астана; 2016 г.

Европейское региональное бюро ВОЗ. От инноваций к внедрению: электронное здравоохранение в Европейском регионе ВОЗ. Копенгаген; 2016 г.

МЕРОПРИЯТИЯ СООБЩЕСТВ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В КЫРГЫЗСТАНЕ: Интегрированный подход к укреплению здоровья и предоставлению услуг первичной медико-санитарной помощи в сельской местности для расширения выявления случаев гипертонической болезни

Оскар Фернандез¹, Толкун Джамангулова², Рахатбек Айдаралиев³, Тобиас Шют⁴, Мелитта Якаб⁵

Резюме

Мероприятия сообществ, реализуемые в области здравоохранения (МСоЗ) в Кыргызстане является программой по укреплению здоровья, основанной на прямом участии граждан. Сельские комитеты здоровья (СКЗ), состоящие из добровольцев, работают с учреждениями первичной медико-санитарной помощи для выявления приоритетов, связанных со здоровьем, и реализации мероприятий, в области здравоохранения. Одним из наиболее амбициозных мероприятий, в области здравоохранения, фокусировалось на гипертонической болезни, и это мероприятие вносило свой вклад в раннее выявление и последующий мониторинг лиц с высоким артериальным давлением.

Не обнаруженная гипертония - безмолвный кризис общественного здравоохранения

Уровень предотвратимой смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в Кыргызстане является одним из самых высоких в европейском регионе ВОЗ. Гипертония является одним из факторов риска, но позднее выявление и слабое соблюдение предписаний по приему лекарственных средств остаются проблематичными. По расчетам ВОЗ, произведенным на основании Интегрированного обследования домохозяйств в Кыргызстане в 2007 году, лишь 27% лиц с высоким артериальным давлением знали о своем заболевании, и лишь 14% из тех, кто знал о своем заболевании, принимали назначенное им лекарство за последние 24 часа. Информированность и соблюдение предписаний врача среди мужчин были еще ниже, на уровне 20% и 8% соответственно. Хотя сотрудники ПМСП в течение многих лет рутинно измеряют давление пациентам (72% лиц старше 30 лет, посетивших учреждение ПМСП в 2007 году, отметили, что им измерили артериальное давление), многие лица все еще не обращаются за помощью на этом уровне. Мужчины в возрасте 40-60 лет вызывают особенную обеспокоенность в связи с низким уровнем использования ПМСП.

Приблизить здоровье к людям: мероприятия сообществ в области здравоохранения

Краеугольным камнем новаторских реформ системы здравоохранения в Кыргызстане на протяжении последних 20 лет является новая модель

Ключевые наблюдения

- Привлечение отдельных лиц и расширение прав и возможностей сообществ может внести вклад в улучшение результатов по комплексным проблемам здоровья, таким, как гипертония.
- Дух партнерства играет ключевую роль в достижении успеха программ здоровья на уровне сообществ.
- В странах с крайне низкой выявляемостью гипертонической болезни работа с сообществами и мобилизация сообществ играют ключевую роль в убеждении людей в необходимости посещения медицинских учреждений для диагностики и дальнейшего отслеживания заболевания.
- Мероприятия, реализуемые сообществами, в области здравоохранения работают хорошо тогда, когда они являются не отдельной инициативой, а неотъемлемой частью системы здравоохранения.
- Расширение на всю страну мероприятий, реализуемых сообществами, в области здравоохранения является результатом поэтапного расширения тщательно спланированного и оцененного пилотного проекта.
- Значимость программы мероприятий, реализуемых сообществами, в области здравоохранения обширнее, чем подобные мероприятия, реализуемые СКЗ.

укрепления здоровья населения на основе расширения прав и возможностей сообществ и укрепления первичной медико-санитарной помощи.

Программа МСоЗ началась в качестве пилотного проекта в одном районе в 2002 году при поддержке Швейцарского агентства развития и сотрудничества и Швейцарского красного креста в партнерстве с Министерством здравоохранения Кыргызстана и Фондом обязательного медицинского страхования. Как только программа доказала свой потенциал, Министерство включило ее в качестве компонента Национальной программы реформ сектора здравоохранения «Манас Таалими» на 2006 - 2010 годы, и предоставило финансирование для найма необходимого персонала. Эта приверженность привлекла и других международных доноров к расширению программы МСоЗ в масштабах всей страны. В настоящее время программа охватывает примерно 90% сел Кыргызстана - около 3 миллионов человек, - а с 2014 года адаптированная версия программы покрывает и все города.

Программу МСоЗ лучше всего можно охарактеризовать как партнерство между СКЗ и системой здравоохранения. Основными партнерами СКЗ в системе здравоохранения являются «кабинеты укрепления здоровья», которые проводят для СКЗ регулярные тренинги по мероприятиям в области здравоохранения и помогают в их организации. Поскольку они расположены в центрах семейной медицины, кабинеты укрепления здоровья являются связующим звеном между укреплением здоровья на уровне населения и индивидуальными услугами здравоохранения. Помимо приема пациентов, поставщики услуг ПМСП также тесно взаимодействуют с СКЗ, повышая, таким образом, их участие в собственных сообществах. Представители СКЗ формируют районные комитеты здоровья для координации действий между собой и с районными службами здравоохранения. При обсуждении политики на национальном уровне СКЗ представлены ассоциацией, которая координирует свою деятельность с Республиканским центром укрепления здоровья в ходе планирования, разработки и реализации мероприятий в области здравоохранения по таким заболеваниям, как гипертония, анемия, зоб, бруцеллез и злоупотребление алкоголем.

Полномочия СКЗ по принятию решений постепенно растут. Они получили право разрабатывать собственные программы по рассмотрению более широких детерминант здоровья в своих сообществах и начали принимать участие в разработке политики и совместном бюджетировании со своими местными администрациями.

Мероприятия, реализуемые в области здравоохранения, по контролю гипертонии

С самого начала высокое артериальное давление находится на самом вершине списка проблем здоровья, выявленных сообществами в ходе совместных оценок, и входит в тройку наивысших приоритетов здравоохранения во всех областях страны. Оно являлось третьим наиболее частным и обременительным заболеванием среди женщин, вторым среди мужчин, и наиболее обременительным среди бедного слоя населения.



Мероприятия, реализуемые в области здравоохранения, по контролю гипертонии были разработаны в тесном сотрудничестве с СКЗ. Первоначальная цель заключалась в решении вопросов информированности, выявления, регулярных осмотров и приема лекарственных средств. Этот подход оказался слишком обременительным для СКЗ и неэффективным для столь распространенного заболевания, как гипертония. Вследствие чего, вышеупомянутые мероприятия в области здравоохранения, были упрощены до текущей конфигурации. Теперь оно концентрируется на скрининге для улучшения информированности населения о гипертонии. С 2011 года проводится ежегодная неделя борьбы с гипертонией, в ходе которой СКЗ осматривают максимально возможное количество взрослого населения с использованием полуавтоматических тонометров манжетного типа. Организацией скрининга занимаются СКЗ. Для измерения

давления большинство из них осуществляют визиты на дом и проводят осмотры в фиксированных точках. Людям с повышенным артериальным давлением уделяется особое внимание независимо от того, были ли они диагностированы с гипертонией ранее или нет. Члены СКЗ объясняют опасность сердечно-сосудистых заболеваний и важность ежедневного приема лекарственных средств на протяжении всей жизни. Каждый человек получает буклет, детально объясняющий сердечно-сосудистые заболевания и их факторы риска, и он/она направляется в учреждение ПМСП для проверки, дальнейшей диагностики и отслеживания.

¹ Младший исследователь, Барселонский офис ВОЗ по укреплению систем здравоохранения, Отдел систем здравоохранения и охраны общественного здоровья

² Руководитель команды, Проект по борьбе с НИЗ, финансируемый SDC, Кыргызстан

³ Координатор, Проект по борьбе с НИЗ, финансируемый SDC, Кыргызстан

⁴ Директор, Программа действия сообществ в области здравоохранения, Швейцарский красный крест

⁵ Старший экономист здравоохранения, Барселонский офис ВОЗ по укреплению систем здравоохранения, Отдел систем здравоохранения и охраны общественного здоровья

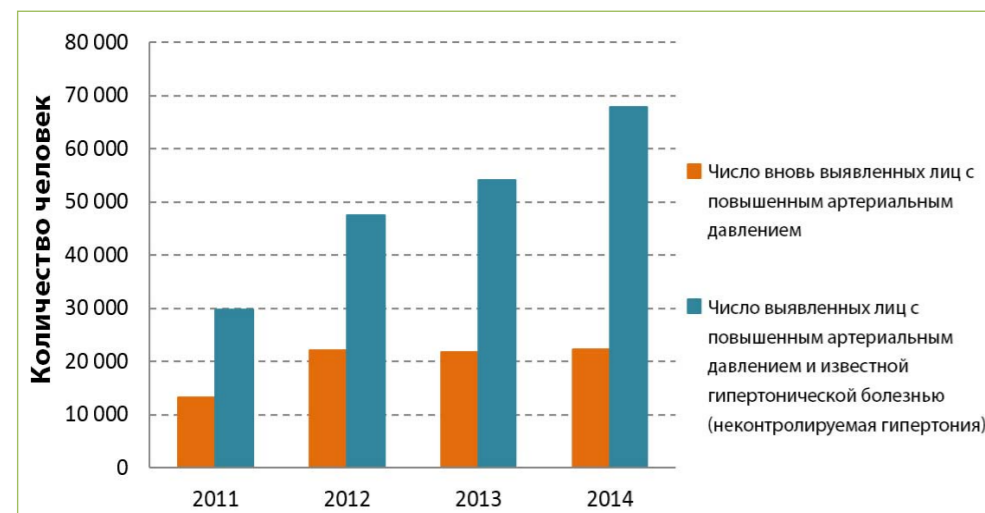
СКЗ записывают имя, адрес и давление человека, и направляют списки поставщикам первичной медико-санитарной помощи с тем, чтобы они могли работать с теми, кто не обращается к ним за медицинской помощью. В городах изначально скрининг проводился поставщиками ПМСП, которые позиционировались как учреждения с высокой посещаемостью. С 2015 года комитеты общественного здоровья - новый аналог СКЗ в городах - присоединились к этому мероприятию в городах. Перед началом недели борьбы с гипертонией телевидение по всей стране информирует население о проведении скрининга и призывает всех обращаться к добровольцам.



Воздействие

Программа МСоЗ внесла вклад в существенное улучшение раннего выявления и отслеживания гипертонической болезни, а количество людей, прошедших скрининг в рамках ежегодных недель, растет с каждым годом. С 2011 года 1,75 миллионов человек прошли скрининг на предмет повышенного артериального давления, что составляет около половины взрослого населения Кыргызстана. Скрининг позволяет выявлять как лиц с повышенным артериальным давлением, которые не знают о своем заболевании, так и тех, кто осведомлен о заболевании, но не знают, что оно вышло из под контроля, т.е. на момент скрининга у них было повышенное давление (Рисунок 1).

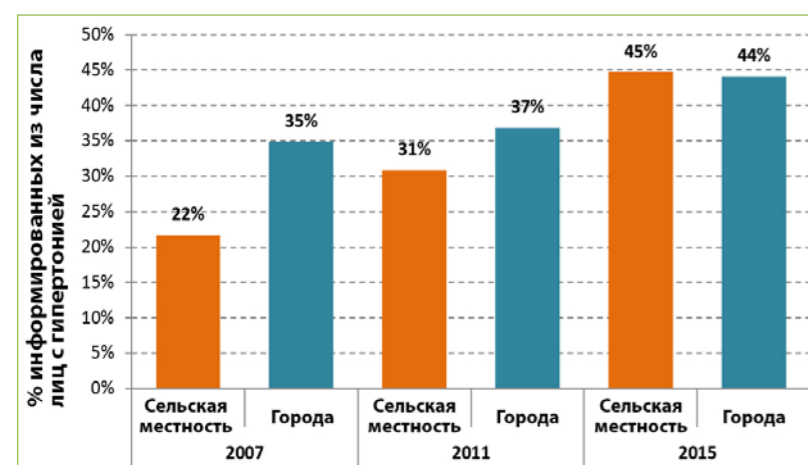
Рис. 1. Результаты недели скрининга на гипертонию



Источник: Обзор и результаты МСоЗ

Подход программы МСоЗ оказал значительное влияние на информированность и контроль гипертонии по всей стране. По расчетам ВОЗ, сделанным на основании национального репрезентативного Интегрированного обследования домохозяйств, информированность о наличии гипертонической болезни выросла с 27% в 2007 году до 45% в 2015 году. Повышение информированности оказалось более высоким в сельской местности, где работают СКЗ. В результате этого большой разрыв в информированности между городом и селом, отмеченный в 2007 году, исчез к 2015 году (Таблица 2). Регулярный прием лекарственных средств для контроля гипертонии также улучшился за этот период. Доля лиц с повышенным артериальным давлением, заявивших о том, что принимали свое лекарство за последние 24 часа, составила 33% в 2015 году против 14% в 2007 году.

Рис. 2. Информированность о гипертонии в сельской местности и городах



Источник: Интегрированное обследование домохозяйств Кыргызстана, 2007, 2011, 2015

Извлеченные уроки

- **Привлечение отдельных лиц и расширение прав и возможностей сообществ может внести вклад в улучшение результатов по комплексным проблемам здоровья, таким, как гипертония.** Когда сообщества становятся партнерами в системе здравоохранения, то возможны креативные подходы к решению ряда проблем здоровья, таких, как гипертония. Реализация программы МСоЗ в масштабах всей страны привела к охвату практически всех сел и городов, что значительно повысило информированность населения по вопросам гипертонии за относительно короткий промежуток времени.
- **Дух партнерства играет ключевую роль в достижении успеха программ МСоЗ.** Приверженность волонтеров делу зависит от постоянного ощущения того, что их проблемы и интересы серьезно учитываются. Это начинается с использования инструментов совместного участия для определения приоритетов в сообществах и принятия действий в их отношении. Далее медицинские работники проходят обучение в области взаимодействия с СКЗ в позитивном ключе посредством содействия независимому, критическому мышлению. Но в первую очередь успех требует постоянной поддержки СКЗ в их организационном развитии. Получаемое в результате этих действий расширение прав и возможностей и сопутствующее ему чувство роста и потенциала являются основным вознаграждением и мотивацией для добровольческой деятельности. Так СКЗ реализуют мероприятия в области здравоохранения, с чувством причастности и приверженностью, по таким вопросам, как гипертоническая болезнь и другие.
- **В странах с крайне низкой выявляемостью гипертонической болезни работа с сообществами и мобилизация сообществ играют ключевую роль в убеждении людей в необходимости посещения медицинских учреждений для диагностики и дальнейшего отслеживания заболевания.** Работники первичной медико-санитарной помощи зачастую перегружены и не могут заниматься информационно-разъяснительной деятельностью как часть своей работы, даже если в принципе это входит в круг их задач. Значимая информационно-разъяснительная деятельность, охватывающая достаточное количество людей, может проводиться с помощью добровольцев на уровне сообществ. Для достижения устойчивости этой работы, однако, им необходима поддержка в виде наращивания потенциала.
- **Мероприятия сообществ, реализуемые в области здравоохранения работают хорошо тогда, когда они являются не отдельной инициативой, а неотъемлемой частью системы здравоохранения.** Это гарантирует их устойчивость и привлекает потенциальных доноров к сотрудничеству и инвестированию в программу. Это также обеспечивает координацию мероприятий, реализуемых в области здравоохранения. Параллельно мероприятиям, по контролю гипертонической болезни, работники ПМСП также обучались улучшенной диагностике, документированию и отслеживанию пациентов - гипертоников. Благодаря этому люди с повышенным артериальным давлением получают оптимальный уход со стороны поставщиков услуг ПМСП. Это еще повысило количество пациентов, принимающих назначенные им лекарственные средства.
- **Расширение мероприятий сообществ, реализуемых в области здравоохранения, на всю страну является результатом поэтапного расширения тщательно спланированного и оцененного пилотного проекта.** Эта стратегия позволила программе заручиться доверием при разработке новой парадигмы в области здравоохранения и учиться на собственном опыте. Результаты позволили Министерству здравоохранения Кыргызстана принять мероприятия, реализуемые на уровне сообществ, в качестве краеугольного камня в области укрепления здоровья и первичной медико-санитарной помощи.
- **Значимость программы мероприятий сообществ, реализуемые в области здравоохранения шире, чем мероприятия, реализуемые СКЗ.** Как описано выше, расширение прав и возможностей является важнейшей частью программы, и СКЗ предпринимали множество инициатив для решения локальных детерминант здоровья. Программа содействует развитию чувства, что гражданское участие возможно и полезно, а это, в свою очередь, укрепляет гражданское общество. Рождаются новые лидеры, выделяющиеся своей преданностью социальному благополучию, а некоторые из них избираются в местные органы самоуправления. А поскольку большинство членов СКЗ - женщины, программа МСоЗ помогает менять традиционные гендерные роли, что было продемонстрировано в ряде исследований.

Справочные материалы

Вебсайт ДСВЗ www.cah.kg

Schüth T, Djamangulova T, Aidaraliev R, et al. (2014). Программа мероприятий сообществ в области здравоохранения в Кыргызстане: общий обзор и результаты. Бишкек, Швейцарский Красный Крест (Тематический документ из серии документов по вопросам здравоохранения, № 3а; <https://www.redcross.ch/de/shop/studien-und-factsheets/community-action-for-health-in-the-kyrgyz-republic>

Jakab M, Smith B, Sautenkova N, et al. (2014). Оценка ситуации в Кыргызстане. Улучшение показателей по неинфекционным заболеваниям: барьеры и возможности систем здравоохранения. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ.

СООБЩЕСТВА, ДРУЖЕЛЮБНЫЕ ПО ОТНОШЕНИЮ К ПОЖИЛЫМ ЛИЦАМ, В МААСО-РЕЙНСКОМ ЕВРОРЕГИОНЕ:

Улучшение жизни людей, страдающих от деменции и депрессии пожилого возраста

Бригитте ван дер Занден¹, Мария Веевстра², Сара Рекманс³, Миньон Шихель⁴, Франс Верхей⁵, Карл-Хайнц Фелдхофф⁶

Резюме

Маас-Рейнский Еврорегион⁷ приступил к усилению роли местных муниципалитетов в целях поддержки активного и здорового старения в дружелюбных по отношению к пожилым гражданам сообществах, с особым акцентом на деменции и депрессии, связанной с пожилым возрастом. Проект дружелюбных к пожилым гражданам сообществ включает обучение локальных лиц, определяющих политику, в области разработки стратегии, локальных вмешательств в сфере общественного здравоохранения, межсекторальных действий и трансграничного сотрудничества, новых ролей общественного персонала, подходов к медико-санитарной помощи и благополучию, ориентированных на человека, и внедрении решений в области информационных технологий. Проект может быть индивидуализирован в зависимости от потребностей сообществ, и вдохновил местные власти на предоставление большего числа вмешательств для пациентов с деменцией и депрессией пожилого возраста.

Решение проблемы растущего бремени деменции и депрессии пожилого возраста

Каки другие части Европейского региона ВОЗ, Маасо-Рейнский Еврорегион отличается стареющим населением и растущей распространенностью деменции и депрессии пожилого возраста. Распространенность деменции и депрессии составляет почти 2% и 25% соответственно среди 4 миллионов человек, населяющих Маасо-Рейнский Еврорегион (1). В то время как эти заболевания, как правило, изначально выявляются в системе здравоохранения, улучшение жизни пожилых людей, страдающих от деменции и депрессии, требует интегрированных подходов, комбинирующих здравоохранение, социальные и другие муниципальные службы, работающие в контексте специфических потребностей сообществ (2). Широкий спектр вмешательств и услуг могут помочь в сохранении функций людей с деменцией и/или депрессией, насколько это только возможно; в восстановлении утраченных функций, когда для этого существует потенциал; и в адаптации к утрате функции, не подлежащей восстановлению (3). Данная информационная записка предоставляет хороший пример того, как подобные вмешательства можно внедрять в условиях необходимости к адаптации.

Ключевые наблюдения

- Мультидисциплинарные межсекторальные действия на местном уровне необходимы для поддержки здорового старения, особенно для лиц с деменцией и депрессией пожилого возраста.
- Местные власти и сообщества играют ключевую роль в разработке и реализации основанных на доказательствах вмешательств для улучшения благополучия людей с деменцией и депрессией пожилого возраста, и их неформальных ухаживающих лиц.
- Стратегическое планирование является важным инструментом для успешных межсекторальных действий на местном уровне.
- Крайне важны действия, учитывающие локальный контекст, а также потребности, существующие знания и сильные стороны муниципалитетов и сообществ.
- Для того, чтобы обеспечить долгосрочные обязательства муниципалитетов, необходимо планирование для устойчивости.

Проект сообществ, дружелюбных по отношению к пожилым

Проект сообществ, дружелюбных по отношению к пожилым, начал свою работу в 2016 году, и основывается на Рамочной программе ВОЗ «Активное старение» (2002) (4). Три основополагающих элемента данной Рамочной программы (участие, здоровье и безопасность) предоставили данному Проекту концептуальную основу. Фонд euPrevent | EMR Foundation, являющийся реализующим агентством, поддерживает трансграничное сотрудничество между профессиональными работниками и организациями, занимающимися поддержанием, укреплением и улучшением общественного здоровья для жителей Еврорегиона Маасо-Рейн. Пакет поддержки муниципалитетов состоит из четырех последовательных этапов.

Этап 1. Оценка потенциала. В каждом из участвующих муниципалитетов проводится онлайн-овая (базовая) оценка потенциала (на голландском, английском, французском и немецком языках) и углубленные интервью, проводимые региональными координаторами. На основании результатов оценки муниципалитеты начинают лучше понимать эффективность своей поддержки людей с деменцией и/или депрессией пожилого возраста, и ухаживающих лиц из числа членов семьи, что становится отправной точкой для дальнейших действий. Оценка позволяет оказывать поддержку с учетом контекста.

Этап 2. Выбор мероприятий. Муниципалитеты получают фиксированный бюджет, который они могут использовать для выбора ряда мероприятий, отражающих местные предпочтения и потребности. Каждый муниципалитет назначает локального координатора, которые осуществляет общий надзор за планированием и руководит деятельностью. Локальный координатор, в свою очередь, пользуется поддержкой региональных Координаторов проекта. Ниже представлены некоторые из ключевых видов деятельности и мероприятий, которые муниципалитеты могут выбирать; Таблица 1 содержит примеры:

- множество **стратегических семинаров** для местных лиц, определяющих политику, посвященных разработке стратегического плана, фокусирующегося на локальных кампаниях общественного здравоохранения, межсекторальных действиях и трансграничном сотрудничестве, которые способствуют благополучию лиц с деменцией и депрессией пожилого возраста;
- **обучение коучей (тренеров-консультантов) по вопросам благополучия**, которые работают в тесном сотрудничестве с врачами первичного звена;
- мероприятия по **охвату** социально изолированных пожилых людей, проводимые обученными волонтерами;

Таблица 1. Примеры мероприятий, разработанных муниципалитетами в Бельгии, Германии и Нидерландах

Ас, Бельгия (8 000 жителей)

Муниципалитеты получают поддержку в области создания **квартальных групп и сетей пожилых людей** для повышения их участия в социальной жизни. Местные жители могут разрабатывать и представлять темы (такие, как действия гражданского общества, обучение на протяжении всей жизни, и спорт) своему сообществу для инициации создания этих групп и сетей.

Муниципалитеты получают поддержку в области внедрения **онлайн-платформы для поддержки лиц, ухаживающих за людьми с деменцией**. Разработанный в целях улучшения сотрудничества между профессиональными и неформальными ухаживающими лицами, этот защищенный паролем вебсайт позволяет обмениваться информацией и личными сообщениями, и является важным инструментом планирования лечения и ухода.

Керкраде, Нидерланды (46 000 жителей)

Семейные врачи выявляют пациентов, нуждающихся в социальной поддержке, и назначают услуги, предоставляемые так называемыми **коучами по благополучию**. Эти коучи являются добровольцами, обученными **поддержке лиц с риском депрессии пожилого возраста**. В число их мероприятий входит разработка плана благополучия, предоставление социальной поддержки и оказание пациентам помощи в поиске сетей поддержки. Коуч по благополучию информирует семейного врача о прогрессе пациента.

Социальный работник осуществляет координацию работы команды **волонтеров, обученных предоставлению телефонной поддержки социально изолированным людям**. Социальные работники выявляют людей с риском изоляции, и каждые три дня или каждую неделю с ними связываются для мониторинга их потребностей и предотвращения социальной изоляции.

Ойскирхен, Германия (56 000 жителей)

Разные целевые группы (общественный персонал, сотрудники полиции, персонал общественного транспорта, пожарники, владельцы магазинов и т.д.) обучались тому, как **общаться с людьми, страдающими от ранней деменции**. К трехчасовым теоретическим курсам также прилагались ролевые игры и аудиовизуальные пособия.

Дети в возрасте 12 лет **проходили две учебные сессии в школах на тему деменции и депрессии**. Они навещали дом престарелых и принимали участие в мероприятиях с их резидентами для того, чтобы лучше понять эти заболевания, помочь в построении отношений между представителями разных поколений, и содействии инклюзивному обществу.

¹ Директор, euPrevent | EMR Foundation, Хеерлен, Нидерланды

² Исследователь и региональный координатор, Маастрихтский университет и Хуис вор де Зорг, Маастрихт, Нидерланды

³ Координатор, Лого Лимбург, Хассельт, Бельгия

⁴ Исследователь, Маастрихтский университет, Маастрихт, Нидерланды

⁵ Ведущий партнер и профессор нейropsychиатрии и психиатрии пожилого возраста, Маастрихтский университет, Маастрихт, Нидерланды

⁶ Председатель правления euPrevent | EMR Foundation, Хайнсберг, Германия

⁷ Маасо-Рейнский Еврорегион является трансграничной территорией Бельгии, Германии и Нидерландов.

- **обучающие сессии** на темы старения, позитивного здоровья, коммуникации с людьми, страдающими от деменции, и расширение возможностей ухаживающих лиц из числа членов семьи;
- создание **локальных социальных сетей** пожилых людей;
- **обучение** на тему деменции и депрессии **в начальной школе**;
- **культурные мероприятия**, включающие тематику деменции и депрессии; и
- **онлайн-инструменты поддержки** для неформальных ухаживающих лиц.

Этап 3. Реализация мероприятий. Проект предоставляет муниципалитетам поддержку и руководство в реализации выбранных мероприятий.

Этап 4. Обеспечение устойчивости. После изначального процесса реализации, во всех муниципалитетах проводится вторая оценка, для предоставления им рекомендаций на тему обеспечения устойчивости мероприятий и для разработки пятилетнего плана обеспечения устойчивости.

- **Местные власти и сообщества играют ключевую роль** в разработке и реализации основанных на доказательствах вмешательств для улучшения благополучия людей с деменцией и депрессией пожилого возраста, и их неформальных ухаживающих лиц.
- **Стратегическое планирование является важным инструментом для успешных межсекторальных действий на местном уровне.** Сообщества, дружелюбные по отношению к пожилым, могут развиваться там, где у муниципалитета есть ясная, индивидуализированная стратегия, учитывающая местную историю, контекст, и партнеров.
- **Крайне важны действия, учитывающие локальный контекст**, а также потребности, существующие знания и сильные стороны муниципалитетов и сообществ.
- Для того, чтобы обеспечить долгосрочные обязательства муниципалитетов в области решения вызовов, связанных с деменцией и депрессией пожилого возраста, **необходимо планирование для устойчивости.**

Воздействие

Проект оказал помощь местным координаторам в 32 муниципалитетах в области реализации мероприятий для лиц с деменцией (80 мероприятий) и депрессией (90 мероприятий). Участвовавшие в проекте муниципалитеты отметили, что с начала проекта расширили свой набор услуг для людей с деменцией (Рис. 1) и депрессией пожилого возраста (Рис. 2).

Рис. 1. Кол-во муниципалитетов, участвовавших в мероприятиях, связанных с деменцией, до и после проекта Сообществ, дружелюбных по отношению к пожилым людям, по трем основополагающим элементам Рамочной программы ВОЗ «Активное старение»

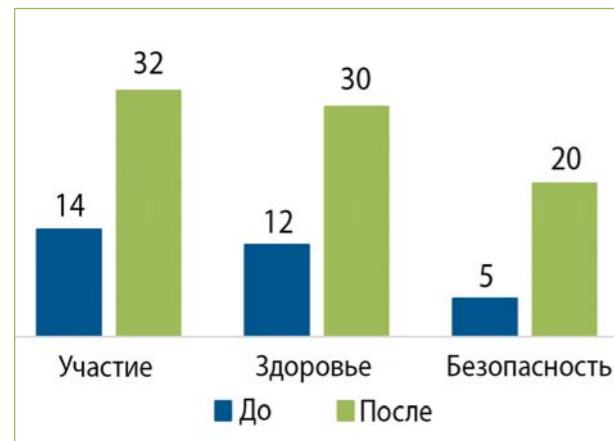


Рис. 2. Кол-во муниципалитетов, участвовавших в мероприятиях, связанных с депрессией пожилого возраста, до и после проекта Сообществ, дружелюбных по отношению к пожилым людям, по трем основополагающим элементам Рамочной программы ВОЗ «Активное старение»



Извлеченные уроки

- **Мультидисциплинарные межсекторальные действия на местном уровне необходимы для поддержки здорового старения**, особенно для лиц с деменцией и депрессией пожилого возраста. В то время как большинство подобных заболеваний выявляются на уровне первичной медико-санитарной помощи, поддержание, восстановление и замена снижающихся когнитивных функций требуют партнерства между разными медицинскими, социальными и прочими муниципальными службами.

Справочные материалы

- (1) Assessment Bericht Euregio Meuse-Rhine (EMR) [Отчет об оценке Маасо-Рейнского Еврорегиона (EMR)]. Heerlen: euPrevent | Фонд EMR и Проект сообществ, дружелюбных по отношению к пожилым; 2017 <https://www.euprevent.eu/wp-content/uploads/2018/04/FINAL-EMR-Report-EN-2018.pdf>, просмотрено 7 июня 2018 г.).
- (2) Ван Ееноо Л., Деклерк А., Ондер Г., Финне-Совери Х., Гармс-Хомолова В., Джонсон П.В, и др. (2016). Значительные различия между странами Европы в организации ухода за пожилыми на уровне сообществ - обзор. Европейский журнал общественного здравоохранения 26(2):213–9. doi:10.1093/eurpub/ckv152.
- (3) Хубер М., ван Влиет М., Гизендерг М., Винкенс Б., Хееркенс И., Дагнели П.К. и др. На пути к ориентированной на пациента операционализации новой динамичной концепции здоровья: исследование смешанных методов. BMJ Open 2016;5:e010091. doi:10.1136/bmjopen-2015-010091.
- (4) Активное старение. Основы политики. Вклад Всемирной Организации Здравоохранения во Вторую ассамблею Организации Объединенных Наций по старению, Мадрид, Испания. Женева: Всемирная Организация Здравоохранения; 2002 (WHO/NMH/NPH/02.8; http://www.who.int/ageing/publications/active_ageing/en/, accessed 7 June 2018).

ЦЕНТР ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В НИДЕРЛАНДАХ

Создание устойчивого потенциала и альянсов для эффективного укрепления здоровья

Николин Тамсма¹, Джоеке ван Далле², Линда Дап³, Мариан Стуркенбум⁴

Резюме

Центр здорового образа жизни Национального института общественного здравоохранения и окружающей среды (RIVM) является национальным центром интеграции экспертных знаний в области укрепления здоровья в Нидерландах. Основные направления деятельности центра - систематическая оценка качества вмешательств, ведение веб-портала, дополненного специальными веб-сайтами, а также индивидуальная очная поддержка, обучение и инструктирование.

Центр является примером руководящей роли национального правительства в вопросах укрепления здоровья, выраженной как функциями местных органов власти, так и различными специализированными институтами укрепления здоровья на национальном уровне. Сформированный на базе RIVM, Центр работает с широким кругом партнеров в секторе здравоохранения и за его пределами. Он занимается сбором, обработкой и распространением информации, которая затем "переводится" в практические инструменты, которые могут применяться на уровне сообществ.

Проведенная оценка продемонстрировала успех Центра в содействии последовательному укреплению здоровья в Нидерландах. Его систематический подход к оценке качества вмешательств играет важную роль в продвижении межсекторальной политики и практики укрепления здоровья по всей стране.

Каждый месяц веб-портал Gezondleven.nl посещают в среднем 14 000 человек, и 5000 человек заходят в базу данных вмешательств.

Обеспечение постоянства, качества и эффективности укрепления здоровья

В системе укрепления здоровья в Нидерландах участвует большое количество субъектов. Экспертные знания и меры вмешательства предоставляются различными организациями, связанными со здравоохранением, каждая из которых специализируется в одном или нескольких направлениях, и действует главным образом на национальном уровне. Местные органы власти отвечают за здоровье своего населения, а работа по укреплению здоровья осуществляется в первую очередь специалистами местного уровня. В 2005 году Инспекция здравоохранения отметила, что местные специалисты были перегружены количеством мероприятий по укреплению здоровья, но не имели должного понимания их качества. Уровень применения эффективных мер вмешательства был

Ключевые наблюдения

- Целью Центра является содействие укреплению здоровья всех граждан Нидерландов путем повышения качества и эффективности укрепления здоровья в стране и обеспечения согласованности между субъектами и организациями, занимающимися вопросами укрепления здоровья.
- "Совместное создание" является основополагающим принципом Центра, позволяющим максимизировать перевод знаний в практические действия.
- Систематическая оценка и базы данных вмешательств являются основными продуктами процесса совместного создания и одними из основных факторов успеха Центра, поскольку они демонстрируют качество, эффективность и осуществимость мер вмешательства в области укрепления здоровья.
- Важное значение имеет поддержка и принятие со стороны правительства, особенно Министерства здравоохранения, социального обеспечения и спорта.
- Профессионалы в области укрепления здоровья и местные лица, определяющие политику, ценят доступный, высоко структурированный формат, в котором наилучшие имеющиеся фактические данные доступны им через Интернет.

недостаточным, и было решено предпринять действия по улучшению согласованности местной политики в области здравоохранения.

В связи с этим в 2008 году по заказу Министерства здравоохранения, социального обеспечения и спорта на базе государственного учреждения RIVM был создан Центр укрепления здоровья RIVM. Цель Центра - содействовать укреплению здоровья всех граждан Нидерландов путем обеспечения согласованности между организациями, занимающимися вопросами укрепления здоровья, и повышение качества и эффективности укрепления здоровья в Нидерландах. Центр содействует продвижению систематических, обоснованных подходов, обеспечивает поддержку локальных специалистов и лиц, принимающих решения на местном уровне, а также координирует вопросы укрепления здоровья по всей стране.

Центр здорового образа жизни

Центр является национальным центром экспертных знаний в области укрепления здоровья, занимается сбором, обработкой и распространением информации. Он оказывает поддержку специалистам в области укрепления здоровья и местным органам власти через веб-портал "Loketgezondleven.nl", дополненный веб-сайтами с информацией для "здоровых школ" и "здоровых детских садов", а также через предоставление индивидуальной очной поддержки, обучения и коучинга в школах, детских садах, на рабочих местах, в центрах (первичной) медико-санитарной помощи, муниципалитетах и жилых районах (1). В качестве примера на рисунке 1 представлен подход Центра на уровне жилых районов.

Рис. 1. Этапы подхода на уровне жилых районов



База данных вмешательств "Здоровая и активная жизнь" обеспечивает доступ к информации о качестве, эффективности и осуществимости широкого круга вмешательств. Информация собирается и систематически оценивается как "хорошо описанная", "теоретически обоснованная" или "эффективная" (2,3). Такая система классификации вмешательств была разработана в сотрудничестве с национальными центрами экспертных знаний за пределами сектора укрепления здоровья: секторами социального обеспечения и благополучия, оказания услуг детям и молодежи, долгосрочного ухода, служб психического здоровья и спорта. Все партнеры согласились использовать один и тот же процесс оценки и продвигать применение мер вмешательства в своем секторе. Такой национальный подход направлен на продвижение межсекторальной политики и практики в Нидерландах.

Доступ к базе данных осуществляется с помощью выбора различных поисковых функций на веб-портале Loketgezondleven.nl. На портале представлены меры вмешательства по укреплению здоровья в предварительно структурированном формате, по тематическим категориям, целевым группам и месту проведения (школы, детские сады, рабочие места, (первичная) медико-санитарная помощь, муниципалитеты и микрорайоны). Там также представлены руководства, поэтапные подходы и примеры передовой практики, позволяющие профессионалам выбирать мероприятия, соответствующие их потребностям, и способствующие применению обоснованных подходов. Меры вмешательства также описаны в онлайн-руководствах. На рисунке 2 представлены некоторые данные о трехэтапном процессе классификации и базе данных мер вмешательства.

¹ Координирующий советник по международным делам, Национальный институт общественного здравоохранения и окружающей среды (RIVM), Билтховен, Нидерланды

² Старший советник Центра здорового образа жизни, Национальный институт общественного здравоохранения и окружающей среды (RIVM), Билтховен, Нидерланды

³ Старший советник по связям с общественностью, Отдел по международным вопросам, связи и документации, Национальный институт общественного здравоохранения и окружающей среды (RIVM), Билтховен, Нидерланды

⁴ Руководитель Центра здорового образа жизни, Национальный институт общественного здравоохранения и окружающей среды (RIVM), Билтховен, Нидерланды

Еще одна основная цель Центра - способствовать последовательному продвижению здорового образа жизни во всей стране. Министерство здравоохранения, социального обеспечения и спорта осуществляет стратегическое руководство деятельностью Центра и других национальных институтов укрепления здоровья путем обеспечения взаимодополняемости и расширения сотрудничества. Кроме того, Центр выступает за синергетическое взаимодействие между тематическими программами и содействует организации сетевых мероприятий и сотрудничающих структур.

Центр стремится основывать свою работу на наилучших имеющихся знаниях и доказательной базе. Поэтому он является участником международных сетей, таких как "Сеть Школ здоровья" и EuroHealthNet. Центр является уполномоченным голландским партнером в нескольких Совместных планах действий Европейского союза и в программах профилактики хронических заболеваний, что позволяет ему участвовать в обмене экспертными знаниями, формировать новые взгляды и содействовать инновациям в области укрепления здоровья.

Рис. 2. База данных вмешательств и система классификации вмешательств



Воздействие

В 2018 году Центр будет отмечать 10 лет своей работы. Спустя 5 лет после открытия (2013 г.) работа Центра была оценена внешним экспертом через онлайн-анкету, посредством которой продукты и услуги Центра были оценены 1200 специалистами; было проведено 20 интервью с основными заинтересованными сторонами и партнерами, включая Министерство здравоохранения, социального обеспечения и спорта, а также были оценены данные по посетителям сайта (4). По результатам оценки был сделан вывод, что Центр добился успеха в улучшении согласованности и координации в вопросах укрепления здоровья в Нидерландах. Группами пользователей были особенно высоко оценены база данных вмешательств и онлайн-руководства для "здоровых муниципалитетов" и "здоровых школ". Тем не менее, фактическое использование вмешательств на практике и применение общих знаний могли бы быть улучшены. Поэтому Центр разработал более легкие в использовании продукты и практические инструменты.

Каждая из программ Центра регулярно оценивается с целью поиска вариантов ее дальнейшего усовершенствования и согласования с потребностями профессионалов. Программы "здоровых муниципалитетов" и "здоровых школ" включают специальные панели пользователей, с которыми проводятся консультации два или три раза в год; они демонстрируют важность поддержки национальной и местной политики и финансирования. Они могут и предоставляют положительные стимулы для поощрения или требования использования опыта из базы данных на местном уровне, а также для применения систематических, обоснованных подходов.

Система классификации вмешательств была оценена в 2011 (5,6) и 2017 годах (результаты еще не опубликованы). Профессионалам, заинтересованным сторонам и партнерам было предложено либо пройти интервью, либо заполнить вопросник (N = 700, доля активности респондентов - 51% в 2017 году). Результаты показали, что система высоко оценивается, особенно в отношении информации о качестве и эффективности вмешательств. Респонденты предложили включить больше информации о практической применимости вмешательств, с возможностью адаптации к местным условиям, а также более детально ознакомить местных лиц, принимающих решения, с самой системой и преимуществами ее использования.

Ежемесячно веб-портал Gezondleven.nl посещают в среднем 14 000 человек, и 5000 человек заходят в базу данных вмешательств. Центр активно пользуется социальными сетями: в начале 2018 года его аккаунт в Twitter насчитывал около 8000 подписчиков; 700 человек подписались на его страницы в Facebook.

Благодаря своей международной работе Центр привлекает к себе явный интерес из-за рубежа. Например, партнеры программы совместных действий Европейского союза по сокращению вреда, наносимого употреблением алкоголя, приняли систему классификации вмешательств для оценки передовой практики

в рамках проекта. По просьбе партнеров программы совместных действий Европейского союза по хроническим заболеваниям, Центр провел специальный ознакомительный визит по вопросам подхода систематической оценки вмешательств и роли веб-портала в поощрении внедрения практических мер на практике.

Извлеченные уроки

- Национальные правительства могут играть стратегическую руководящую роль в содействии устойчивому, всестороннему укреплению здоровья даже в рамках систем здравоохранения, носящих децентрализованный, разнородный характер.
- Независимый мандат RIVM стал ключевым фактором в развитии и поддержании здоровых альянсов по всей стране и в создании совместной базы знаний
- Поддержание таких альянсов на стыке местной политики и национальных центров экспертных знаний требует долгосрочных и постоянных усилий всех партнеров.
- Накопление и распространение информации должно сопровождаться поддержкой национальной и местной политики, а также финансовыми стимулами, которые поощряют или даже требуют обоснованных подходов.
- Нарращивание национального потенциала для специалистов местного уровня требует комплексного пакета услуг, который должен сочетать обучение стандартным навыкам и знаниям с индивидуальной поддержкой, разъяснительную работу и консультации с использованием онлайн и офлайн инструментов. Также может быть полезным обучение посредством общения коллег.
- Работа с партнерами в других секторах может основываться на более общих (процессовых) подходах, но также должна учитывать различия между секторами. Возможности сотрудничества и взаимные выгоды варьируются, также как и временные рамки, в которых может быть достигнут прогресс.
- Глубокое понимание и научные данные в сфере укрепления здоровья не формируются в одночасье. Общества и местные условия часто быстро меняются, и местные специалисты и лица, определяющие политику, предпочитают заниматься решением актуальных проблем. Это может вступить в противоречие со стремлением максимально использовать наилучшие доступные меры вмешательства.

References

- (1) ван Дэйл Д. (2017) Может ли веб-портал способствовать здоровью всех голландских граждан? EuroHealthNet eMagazine. 7 (<http://www.eurohealthnet-magazine.eu/ehn-magazine-7/how-the-dutch-centre-for-healthy-living-contributes-to-the-health-of-all-dutch-citizens/>).
- (2) Бруг Дж., ван Дэйл Д., Лантинг Л., Кремерс С., Винхов К., Лерс М. и др. (2010) На пути к доказательному укреплению здоровья с контролем качества: голландская система признания вмешательств в области укрепления здоровья. Health Educ Res. 25(6):1100-6.
- (3) Хамберг-ван Ринен Х.Х., ван Дэйл Д., ван Гилс П.Ф., ван ден Берг М. (2015) Передовая практика в области укрепления здоровья и первичной профилактики - страновой обзор Нидерландов. Брюссель: EuroHealthNet (<http://chrodis.eu/wp-content/uploads/2015/07/150708Netherlands-CHRODIS-final-draft-correctie-voorwebsite2.pdf> стр.12-15).
- (4) Нординк М., Дижкцел А., ван Шелвен Р., Пастур Х. (2013). Итоговый отчет оценки центра RIVM для здоровой жизни. Гаага: Kwink Groep (<http://bit.ly/2sEkVAq>).
- (5) Лантинг Л., Цвиккер М., Адриансенс Л., Куйпер Дж., Кок М., ван Дэйл Д. (2012) Оценка системы признания вмешательств. Bilthoven: RIVM (https://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Publicatie-NJi/Evaluatie_van_het_erkenningstraject_voor_interventies.pdf).
- (6) Кок М.О., Бал Р., Ролефс К.Д., Шуит А.Дж. (2017) Модернизация укрепления здоровья за счет центрального рейтинга вмешательств: необходимость отзывчивого руководства. Health Res Policy Syst. 15(1):100.

МОНИТОРИНГ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В ПОРТУГАЛИИ:

Выгоды интегрированной информационной системы

Александре Лоуренсо¹

Резюме

Португалия стремится к системе здравоохранения с высокими показателями. Реформа первичной медико-санитарной помощи 2005 года лежит в центре этих успешных усилий. Реформа состоит из комплексной трансформации традиционной иерархической модели оказания медико-санитарной помощи и перехода к более крупным многопрофильным командам, управляющим здоровьем населения с акцентом на технологии и сетевое сотрудничество. Как часть этой реформы, была разработана интегрированная система мониторинга эффективности деятельности первичной медико-санитарной помощи для сбора, управления, валидации и оптимизации процессов и показателей здравоохранения.

Повышение удовлетворенности, доступа, эффективности и качества первичной медико-санитарной помощи

В 2005 году в Португалии была запущена крупная реформа первичной медико-санитарной помощи в ответ на низкую удовлетворенность услугами со стороны граждан, профессиональных работников и лиц, определяющих политику, низкий доступ и неэффективность, бюрократические барьеры, и нехватку стимулов для улучшения эффективности деятельности (1). Были созданы и объединены в сети мультидисциплинарные центры первичной медико-санитарной помощи для управления услугами здравоохранения для 50,000 - 200,000 человек. Эти сети центров первичной медико-санитарной помощи осуществляют координацию и интегрируют разные отделения: семейное здоровье, общие услуги (например, стоматология, психическое здоровье, питание, физиотерапия), общественное здравоохранение и услуги на уровне сообществ (например, уход на дому, паллиативный уход, здоровье в школах). Созданные на добровольной основе и самоорганизованные, учреждения семейной медицины представляют собой мультидисциплинарные команды (включая семейных врачей, медсестер и клинических секретарей), размер которых зависит от приписанного населения. Они работают интегрированно с другими организациями первичной медико-санитарной помощи, программами охвата сообществ, другими поставщиками услуг здравоохранения и стационарами. Интегрированная система мониторинга эффективности деятельности первичной медико-санитарной помощи является составной частью этой реформы, и направлена на внедрение на практике медико-санитарной помощи, больше ориентированной на сообщество, командной работы, автономии и ответственности, непрерывного улучшения качества, эффективной контрактации и оценки.

Мониторинг эффективности деятельности первичной медико-санитарной помощи

Интегрированная система мониторинга эффективности деятельности первичной медико-санитарной помощи является частью стратегии Министерства здравоохранения по цифровой трансформации

Ключевые наблюдения

- Мониторинг эффективности деятельности и укрепление информационных платформ являются неотделимыми частями ясного и стратегического видения будущей системы первичной медико-санитарной помощи в Португалии.
- Дизайн системы мониторинга эффективности деятельности полностью согласован с моделью предоставления услуг, что улучшает и клинические процессы, и управленческие функции.
- Система мониторинга деятельности была также приведена в соответствии с процессом контрактации, но во второстепенной, поддерживающей роли.
- Работники здравоохранения участвуют в этом, используя информационные платформы, так это идет на пользу их работе.
- Система мониторинга деятельности изменила культуру и дух первичной медико-санитарной помощи.
- Разработка эффективной системы мониторинга деятельности требует участия всех заинтересованных сторон, что требует времени.

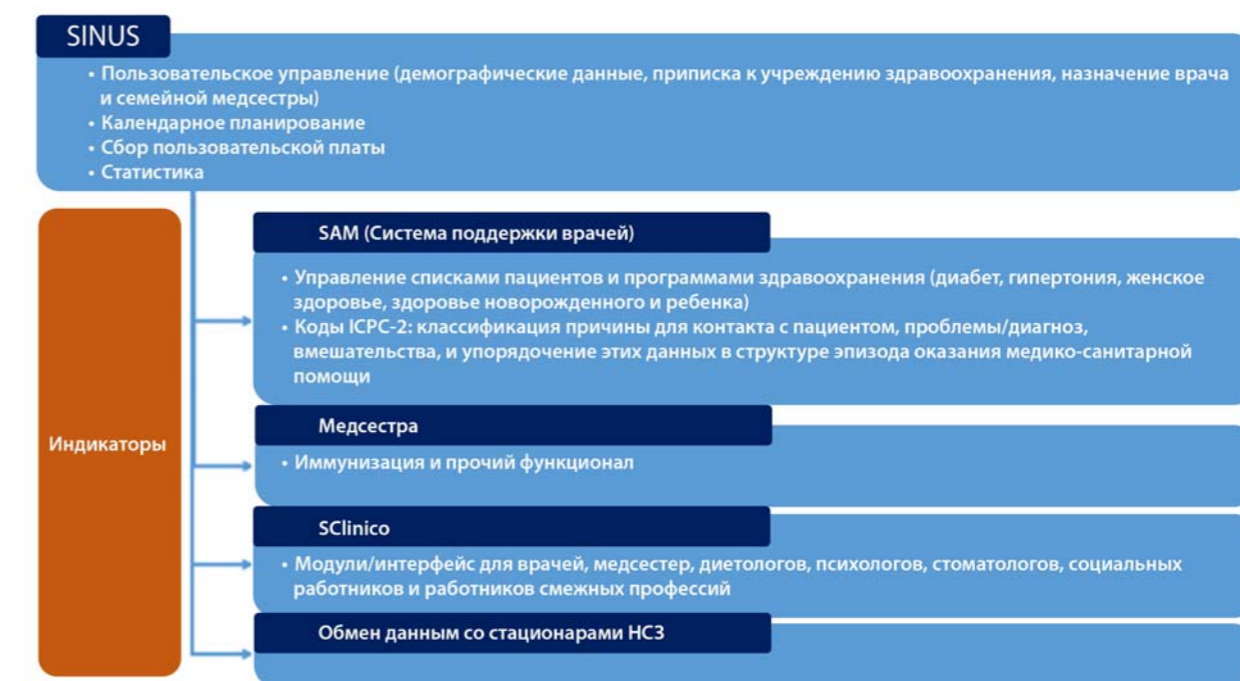
Национальной службы здравоохранения. Она позволяет осуществлять стандартизацию такой информации, как клинические записи и процедуры. Рис. 1 показывает функционал системы.

Базовая информационная система, используемая в Португалии (SINUS), существует с 1996 года. Изначально SINUS использовалась для административных целей. Со временем к системе были добавлены дополнительные модули для поддержки улучшения клинического управления. Была добавлена Система поддержки врачей, позволяющая врачам вести свои списки пациентов и специфические программы здоровья. Она использует коды Международной классификации первичной медико-санитарной помощи, Второе издание (ICPC-2), которая является частью резидентской программы в области семейной медицины. Также был разработан сестринский модуль, начиная с отслеживания иммунизации, и затем постепенно включая большее число функций.

По мере перехода практики первичной медико-санитарной помощи в сторону многопрофильных команд, был разработан единый интерфейс (SCLínico) с разными профилями для всех типов работников здравоохранения в команде. Это программное обеспечение, разработанное и обслуживаемое Министерством здравоохранения, охватывает 90% поставщиков первичной медико-санитарной помощи, и доказало свою экономическую эффективность с учетом отсутствия платы за лицензии или внешних контрактных требований. Врачи первичной медико-санитарной помощи также имеют доступ к веб-платформе для просмотра всей информации, записываемой стационарами, включая электронные записи пациентов. Пациенты могут использовать данную платформу для просмотра своих электронных медицинских карт, записи на прием к врачу и запроса на повторную выдачу лекарственных средств.

Более 300 центров первичной медико-санитарной помощи приняли эту интегрированную платформу, и более 13,000 работников здравоохранения пользуются ею.

Рис. 1. Функционал интегрированной системы мониторинга эффективности деятельности первичной медико-санитарной помощи



Эта обширная и интегрированная информационная система позволяет осуществлять эффективный мониторинг деятельности в первичной медико-санитарной помощи. С 2009 года концепции, правила регистрации и определения индикаторов деятельности публикуются ежегодно, что обеспечивает консенсус среди работников здравоохранения, администраций здравоохранения, профессиональных и научных ассоциаций и профессиональных союзов. Индикаторы соответствуют стратегическим направлениям, определенным в Национальном плане здравоохранения, клинических руководствах и административных директивах системы здравоохранения. Индикаторы собираются (с формированием матрицы) по ряду областей, к примеру, гипертонии, диабету, скринингу на рак, психическому здоровью, женскому здоровью, планированию семьи, здоровью матери, здоровью детей и молодежи. Помимо этого, записывается распространенность и заболеваемость пациентов с отдельными диагнозами (диабет, гипертония, астма, деменция, ожирение, табакокурение).

Отдельный набор индикаторов деятельности используется для целей контрактации (2). С 2017 года процесс контрактации в первичной медико-санитарной помощи основывается на планах действий по улучшениям с обязательствами по результатам, действиям и ресурсам, и следует двухэтапному подходу.

1. Внешняя контрактация включает переговоры между региональным органом здравоохранения и каждой из групп центров первичной медико-санитарной помощи. Матрица индикаторов и цели являются общими для всей страны, что обеспечивает охват всех predetermined областей (таких,

¹ Школа бизнеса и экономики Нова, Госпитал Коимбра и Университетский центр, Португалия

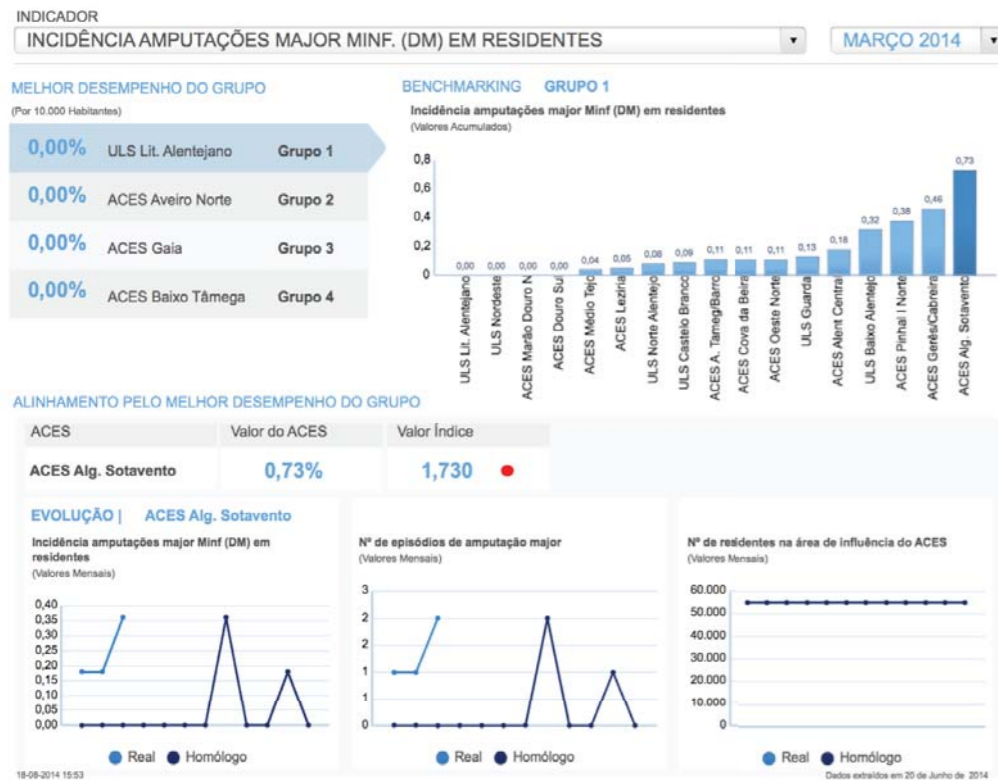
как клинические показатели, интеграция здравоохранения, организационное качество, непрерывное профессиональное образование, информация и коммуникация). Связанный план действий разрабатывается в соответствии с региональными и локальными приоритетами укрепления здоровья.

2. Внутренняя контракция подразумевает переговоры между каждой из групп центров первичной медико-санитарной помощи и организаций здравоохранения (например, семейное здоровье, здоровье сообществ, общественное здравоохранение, общие услуги). Матрица индикаторов и цели также определяются на национальном уровне не трехлетний период, что обеспечивает охват всех предопределенных сфер для каждого типа организаций.

Для обоих этапов из общего национального набора индикаторов выбирается отдельный набор. Они представляют собой комбинацию индикаторов процесса (например, доля пациентов, прошедших оценку риска развития диабета), результата (например, доля диабетиков на контроле), и индикаторов уровня популяции (например, уровень госпитализации диабетиков). Приоритетное значение уделяется комплексным индикаторам (т.е. индикаторам, которые отражают результаты нескольких взаимосвязанных видов деятельности) и индикаторам уровня популяции (например, предотвращаемая госпитализация).

Одной из наиболее сильных особенностей системы является ее способность делать сильный, легко поддающийся интерпретации вклад в управление результатами. Рис. 2 показывает аналитические и сравнительные способности на основании индикатора связанных с диабетом ампутаций. Верхняя панель показывает региональные сравнения данного индикатора от лучшего к худшему; нижние панели показывают тенденции во времени.

Рис. 2. Скриншот сравнительного анализа отдельно взятого индикатора: распространенность крупных ампутаций среди жителей с сахарным диабетом



Оценка деятельности происходит ежегодно на региональном уровне и на уровне группы центров первичной медико-санитарной помощи, и используется в основном как инструмент улучшения. Недостатки выявляются на основании анализа индикаторов и путем сравнительного анализа. Региональные органы здравоохранения и поставщики обсуждают способы повышения не дост а т о ч н ы х показателей. Эти дискуссии ведут к планам действий по улучшениям, которые формируют основу для процесса контракции. Оценка деятельности также используется для распределения финансовых стимулов.

Мониторинг эффективности деятельности стал одним из компонентов прозрачности. В соответствии с политикой прозрачности, осуществляемой под руководством Министерства здравоохранения, с декабря 2017 года более 300 индикаторов по всем учреждениям первичной медико-санитарной помощи стали доступны публично в режиме онлайн (<https://bicsp.min-saude.pt/pt/Paginas/default.aspx>). Данный сайт позволяет проводить сравнения (бенчмаркинг) и осуществлять анализ связанных со здоровьем индикаторов по поставщикам, на уровне района, региона и страны, что повышает возможность участия в предоставлении услуг здравоохранения.

Существуют доказательства того, что показатели раннего выявления и ведения неинфекционных болезней значительно лучше в текущей мультидисциплинарной практике (учреждения семейной медицины), чем в традиционных центрах первичной медико-санитарной помощи (3). Время ожидания визита к семейному врачу в мультидисциплинарной практике на 54% ниже, а совокупное число консультаций на 6% выше. Время ожидания визита по острым случаям и сестринских визитов также ниже в мультидисциплинарной практике (4). Другие данные показывают совокупные издержки для общества в мультидисциплинарной практике, демонстрируя уменьшение расходов на диагностические тесты и фармацевтическую продукцию. Мультидисциплинарная практика доказала свою повышенную эффективность и доступность, и получила более высокие баллы удовлетворенности пациентов (5).

Извлеченные уроки

- **Мониторинг деятельности и укрепление информационных платформ являются неотделимыми частями ясного и стратегического видения будущей системы первичной медико-санитарной помощи в Португалии, а не изолированными усилиями в области цифровизации.** Данное видение постоянно дорабатывается и реализуется поэтапно. Это позволило учиться через действия и экспериментировать с основанными на доказательствах решениями, соответствующими португальскому контексту.
- **Дизайн системы мониторинга деятельности полностью согласован с моделью предоставления услуг, что улучшает и клинические процессы, и управленческие функции.** Система мониторинга эффективности деятельности была разработана на основании желаемой модели медико-санитарной помощи, включая пакеты услуг и ключевые стандарты качества, такие, как клинические руководства. Данная интеграция предоставляет всем сторонам стимулы использовать и улучшать ее.
- **Система мониторинга деятельности была также приведена в соответствие с процессом контракции, но во второстепенной, поддерживающей роли.** Индивидуальные планы по улучшениям при поддержке набора индикаторов имеют более высокий приоритет, чем процесс контракции, который адаптируется под них и поддерживает их.
- **Работники здравоохранения участвуют в этом, используя информационные платформы, так как это идет на пользу их работе.** Использование ICPC-2 сделало информацию клинически релевантной и полезной. Способность получать обратную связь сделала ввод данных полезным, и обеспечила участие в обеспечении качества данных. Инвестициям в обучение было придано приоритетное значение, например, включение ICPC-2 как части резидентской программы по семейной медицине.
- **Система мониторинга деятельности изменила культуру и дух первичной медико-санитарной помощи.** Она стала важным инструментом, используемым для переориентации администраторов здравоохранения и медработников в признании влияния их работы на население, которому они служат.
- **Разработка эффективной системы мониторинга деятельности требует участия всех заинтересованных сторон, что требует времени.** Критические факторы успеха включали сильное лидерство, хорошую координацию между политической и операционной сферами, стратегии по избежанию ненужных конфликтов со статусом-кво, осторожное управление изменениями во избежание политизированности реформ, и весомые инвестиции в обучение для создания критической массы профессионалов, которые могут быстро операционализировать и внедрять меры политики.

Воздействие

Разработка системы мониторинга деятельности поддержала процесс реформирования первичной медико-санитарной помощи. Она обеспечивает непрерывное повышение качества за счет создания культуры, в которой все сотрудники постоянно анализируют и улучшают организацию своей работы для удовлетворения требований пользователей. В частности, мониторинг деятельности (а) позволил работать над общими целями и содействовал командной работе; (б) установил ясные ожидания; (в) позволил внедрить регулярную обратную связь по эффективности деятельности и реализовывать корректирующие меры; (г) позволил проводить сравнительный анализ и распространение лучшей практики; и (д) поддержал реализацию механизма платы за результаты.

Система мониторинга эффективности деятельности является важным инструментом в повседневной роли работника здравоохранения. Почти все контакты между врачом и пациентом регистрируются с использованием кодов ICPC-2. Поддерживая медработников, система позволяет учреждениям первичной медико-санитарной помощи концентрироваться на профилактической деятельности за счет выявления пациентов, которым необходима персонализированная медико-санитарная помощь.

Справочные материалы

- (1) Писко Л. Реформа первичной медико-санитарной помощи в Португалии на двух фронтах: автономные учреждения семейной медицины и управление группами Центров здоровья. *Cien Saude Colet.* 2011;16(6):2841-52.
- (2) Лоуренсо, А. P4P в первичной медико-санитарной помощи в Португалии. Информационная записка о стране: Португалия Париж: OECD Publishing; 2016 (<http://www.oecd.org/els/health-systems/Better-Ways-to-Pay-for-Health-Care-Background-Note-Portugal-Primary-care-P4P.pdf>, accessed 19 June 2018).
- (3) Монтейро Б.Р., Кандосо Ф., Рейс М., Бастос С. Анализ эффективности контрактации индикаторов первичной медико-санитарной помощи в период с 2009 по 2015 в Лиссабоне и Тагус Вэлли. *Cien Saude Colet.* 2017;22(3):807-18.
- (4) Бискайя А.Р., Хелено Л.К. Реформа первичной медико-санитарной помощи в Португалии: по-португальски, современно и инновационно. *Cien Saude Colet.* 2017;22(3):701-12.
- (5) Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСР). Обзоры качества услуг здравоохранения ОЭСР: Португалия 2015. Повышая стандарты. Париж: OECD Publishing; 2015.

УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КОРОНАРНОГО СИНДРОМА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ: Пример регионализации услуг для повышения качества и систем оказания медицинской помощи при остром коронарном синдроме в Санкт-Петербурге

Евгений В. Шляхто¹, Александра О. Конради², Алексей Яковлев³, Джилл Фаррингтон⁴

Резюме

За десять лет услуги по лечению острого коронарного синдрома (ОКС) в Санкт-Петербурге были трансформированы в рамках федеральной программы борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями в России. Это было обусловлено относительно высокой смертностью от сердечно-сосудистых заболеваний, высокой госпитальной летальностью от ОКС, малодоступностью современных технологий, недостаточным соблюдением руководств, недостаточным качеством медицинского обслуживания и недостаточным финансированием. Комплексная регионализация услуг способствовала обеспечению высокой доступности медицинского обслуживания, эффективности маршрутизации скорой медицинской помощи, высокой степени применения модели оказания медицинских услуг, расширению доступа к технологиям реперфузионной терапии, улучшению соблюдения руководств, а также улучшению качества оказываемой медицинской помощи. Это способствовало снижению госпитальной летальности от ОКС и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний.

Повышение качества лечения острого коронарного синдрома

В Санкт-Петербурге уровень смертности от сердечно-сосудистых заболеваний выше, чем в Российской Федерации в целом (в 2017 году на 12,8%) (1). ОКС с подъемом сегмента ST (STEMI) в форме инфаркта миокарда характеризуется самым высоким уровнем смертности на ранних стадиях заболевания. Качество и своевременность оказания медицинской помощи на первой стадии заболевания имеют решающее значение; таким образом, сокращение системной задержки - от обращения за медицинской помощью до начала реперфузионной терапии - очень важно. Это может быть особенно сложно в таком городе, как Санкт-Петербург, в котором проживает 5 миллионов жителей. В 2006 году доступ к реперфузионной терапии с помощью тромболитика или чрескожных коронарных вмешательств (ЧКВ) для пациентов с ОКС был ограничен. Тромболитики были дорогостоящими для большинства больниц, а поздняя госпитализация и отсутствие специальной профессиональной подготовки медицинского персонала означали, что пользу от лечения получали лишь немногие пациенты со STEMI. Доступность ЧКВ была очень низкой; она была экономически недоступна большинству пациентов в неотложных ситуациях. Смертность от инфаркта миокарда в кардиологических центрах составляла более 20% (таблица 1).

Реорганизация лечения ОКС

В 2006 году все больницы обеспечивали аналогичный и недостаточный уровень лечения ОКС, ограниченную доступность реперфузионной терапии, ЧКВ и наличие лишь некоторых видов лечебной терапии (таблица 1). Пациентам предлагалось в основном терапевтическое лечение; диагностические возможности были ограничены. В некоторых больницах процедура ЧКВ и оптимальные диагностические возможности были

Ключевые наблюдения

- Снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в Российской Федерации является национальным приоритетом; это значительно облегчает процесс трансформации системы оказания медицинских услуг на региональном уровне.
- Для улучшения результатов необходим всеобъемлющий и устойчивый подход с действиями на уровне политики, пользователей и поставщиков услуг.
- Необходим систематический подход к улучшению качества, основанный на своевременных качественных данных.
- Способность системы здравоохранения реагировать на острые события динамична и зависит от таких меняющихся факторов, как качество дорог, интенсивность движения и сеть поставщиков услуг, и требует постоянного анализа и корректировки.

доступны только в рабочее время, обычно с 9:00-16:00. Улучшение предоставления медицинских услуг и качества лечения ОКС в Санкт-Петербурге происходило постепенно в течение более чем десятилетия. Цели состояли в том, чтобы обеспечить: легкий доступ к высококачественному уходу на основе клинических руководств, снижение госпитальной летальности от ОКС и улучшение результатов лечения, а также снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний.

Структура: на первом этапе была разработана региональная сеть и внедрена двухуровневая система региональных сосудистых центров (РСЦ) - больниц, которые могут выполнять ЧКВ 24 часа в сутки, 7 дней в неделю (24/7) - и первичных сосудистых отделений (ПСО) - больниц без лабораторий катетеризации сердца. Федеральная программа борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями (2008-2013 гг.) определила структуру сети. В настоящее время существует 16 РСЦ, из которых 13 предлагают круглосуточную помощь и располагают соответствующими диагностическими возможностями. ПСО исключены из сети с 2013 года, когда количество РСЦ стало достаточным, и догоспитальная медицинская помощь, включая время транспортировки, стала приемлемой.

Неотложная транспортировка: город состоит из 18 районов (с населением от 45 000 до 550 000 человек в каждом), имеющих существенные различия в транспортных сетях и уровне интенсивности движения. Для оказания неотложной медицинской помощи город исторически разделен на три основные части (север, юг и центр) с соответственно расположенными больницами и станциями скорой помощи. Выбор оптимального маршрута и целевой больницы для скорой помощи - сложная проблема; необходимо учитывать интенсивность дорожного движения. Для разработки более эффективной системы поддержки принятия решений персоналом и диспетчерами служб скорой помощи использовались статистические данные, общественные службы географической информации (OpenStreetMap) и данные о транспортных потоках в режиме реального времени (Карты "Яндекс") (2) (рис.1).

Догоспитальная помощь: прежде наблюдалось отсутствие взаимодействия между скорой помощью и больницами, а также проблемы логистического характера внутри больницы. Установление очередности оказания догоспитальной помощи пациентам с ОКС носило фрагментарный характер; система догоспитального ухода была разделена на скорую и неотложную помощь. Реорганизация системы привела к централизации диспетчерской службы, созданию возможности телефонной консультации со старшим дежурным врачом центральной станции скорой медицинской помощи, маршрутизации с контролем времени и расстояния, а также созданию бригад реанимации и интенсивной терапии. Для некоторых отдаленных районов Санкт-Петербурга потребовалось наличие возможностей тромболитика на догоспитальном этапе. Были определены ответственные станции скорой медицинской помощи, а персонал скорой помощи был обучен выполнять тромболитизис. Ответственные станции были снабжены тенекеплазой (за счет средств муниципального бюджета городских районов), а территориальный фонд обязательного медицинского страхования установил специальный страховой тариф на догоспитальный тромболитизис.

Мониторинг качества: оценка качества оказываемой медицинской помощи имела ключевое значение для развития региональной сети лечения ОКС. Группа независимых экспертов территориального фонда обязательного медицинского страхования провела два аудита качества медицинской помощи. Аудит 2013 года был проведен по заказу заместителя губернатора города, и после анализа недостатков оказываемой медицинской помощи, для экспертов страховых компаний был разработан контрольный список из 10 наиболее распространенных ошибок контроля качества. Для оценки качества медицинской помощи была разработана специальная компьютерная балльная система, которая была введена во всех городских больницах, страховых компаниях и отделе контроля качества территориального фонда. Следующий независимый аудит был проведен в 2016 году и показал значительное улучшение качества медицинской помощи. В феврале 2016 года начал действовать единый общегородской электронный регистр ОКС, основанный на информации территориального фонда обязательного медицинского страхования. Для обеспечения доступности тестирования на биомаркеры некроза миокарда, было установлено проведение теста на кардиотропонин при поступлении в больницу как показатель качества для страховых компаний и для внесения в регистр ОКС.

Доступ к ресурсам: федеральная программа борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями способствовала расширению доступа к лекарственным средствам и медицинским технологиям, а также программам кардиологической реабилитации после ОКС. В 2008 году в ряде регионов Российской Федерации, и в 2010 году в Санкт-Петербурге, началось централизованное снабжение тромболитическими препаратами. Увеличилось число ангиографов; в крупных больницах скорой медицинской помощи было установлено дополнительное оборудование для ангиографии. Был ликвидирован дефицит персонала для ключевых позиций, таких как специалисты по инвазивным сердечно-сосудистым процедурам и врачи отделения интенсивной терапии.

Воздействие

С 2016 года произошли существенные улучшения в процессе и результатах лечения пациентов (таблица 1). Доступность реперфузионной терапии (тромболитизис и ЧКВ) значительно улучшилась (рис.2). Другие достижения включают в себя высокую доступность медицинской помощи (соотношение центры/население; доля пациентов, перенесших ЧКВ), эффективность маршрутизации скорой помощи, высокую

¹ Член Европейского общества кардиологов, член Американского кардиологического колледжа, академик РАН, генеральный директор Национального медицинского исследовательского центра имени В. А. Алмазова

² Член Европейского общества кардиологов, Заместитель генерального директора по научной работе Национального медицинского исследовательского центра имени В. А. Алмазова

³ Доктор медицинских наук, руководитель научно-исследовательской лаборатории острого коронарного синдрома Национального медицинского исследовательского центра имени В. А. Алмазова

⁴ Координатор, Отдел неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья на всех этапах жизни, Европейское региональное бюро ВОЗ

степень осуществления модели предоставления медицинских услуг (высокую долю госпитализаций в специализированные центры), расширение доступа к технологиям реперфузионной терапии, улучшение соблюдения клинических руководств, а также улучшение качества предоставляемой медицинской помощи. Также снизился уровень госпитальной летальности от ОКС и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний.

Рис. 1: “Тепловая карта” времени доставки пациента в ближайшую больницу для проведения ЧКВ, при скорости транспортного средства 40 км/ч (компьютерное моделирование)

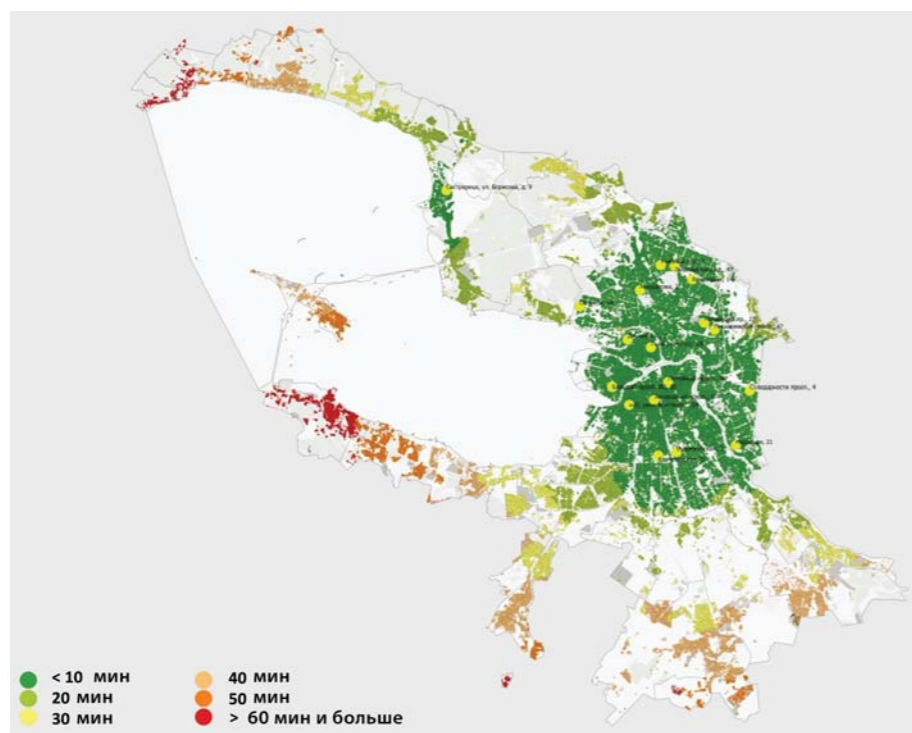


Рис. 2: Количество ЧКВ, проведенных пациентам с ОКС (на 100 000 человек) в Санкт-Петербурге, 2010-2017 гг., по годам

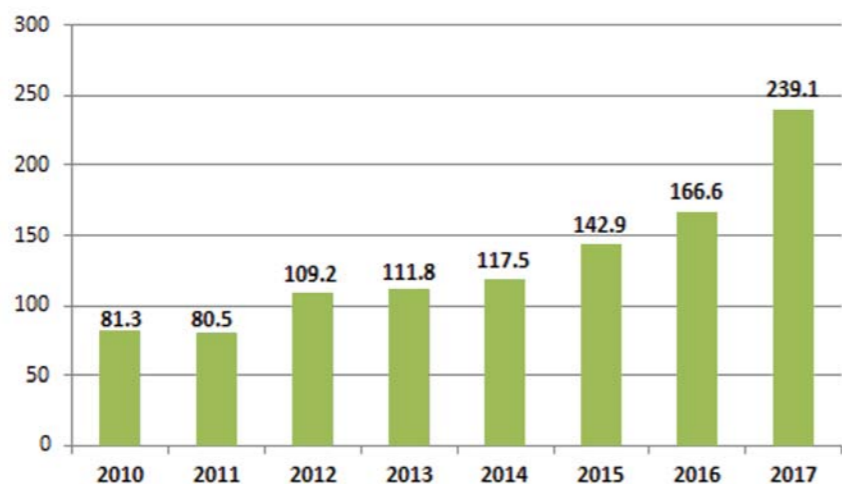


Таблица 1. Улучшение процессов и результатов лечения пациентов с ОКС в Санкт-Петербурге, Российская Федерация

Показатель	2006	2016
Реперфузионная терапия: тромболитическая	Стрептокиназа, вводимая в больнице (альтеплаза)	Тенектеплаза, вводимая в карете скорой помощи
Число центров ЧКВ	2, часы работы 08:00–17:00	16, 13 из них открыты 24 часа в день, 7 дней в неделю
Первичные ЧКВ при STEMI	~0%	>60%
Сеть лечения ОКС	Нет	Диспетчер, мониторинг потоков транспорта/GPS
Регистр	Нет	Все случаи, общегородской регистр
Смертность (ИМ) в кардиологических центрах	>20%	5–7%

GPS - глобальная система позиционирования; ИМ- инфаркт миокарда.

Усовершенствования произошли не только в неотложной помощи. В настоящее время всем пациентам с ОКС обеспечен доступ к реабилитации в стационаре на ранних стадиях. Медицинская страховка покрывает программы реабилитации в загородном санатории для пациентов трудоспособного возраста с ОКС. Антитромбоцитарные препараты доступны бесплатно всем пациентам в течение 6 месяцев. Основные задачи на ближайшее будущее включают предоставление всем пациентам с ОКС всех необходимых лекарственных средств в течение 1 года и разработку амбулаторных программ реабилитации пациентов.

Извлеченные уроки

- **Снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в Российской Федерации является национальным приоритетом; это значительно облегчает процесс трансформации системы оказания медицинских услуг на региональном уровне.** В рамках Федеральной программы борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями региональные правительства реализовали инициативы, которые привели к организации сосудистых центров и мониторингу статистики и показателей по заболеваемости/смертности от сердечно-сосудистых заболеваний.
- **Для достижения лучших результатов действий на уровне политики, пользователей и поставщиков услуг, был необходим всеобъемлющий и устойчивый подход.** Эти требования привели к осуществлению ряда действий на различных уровнях, в том числе на региональном, местном, политическом уровнях, а также на уровне пользователей и поставщиков услуг. Примеры действий включают: повышение осведомленности общественности и распознавание симптомов, медицинское образование, открытие дополнительных больниц, создание рабочих групп, модель маршрутизации машин скорой помощи, обеспечение контроля качества предоставляемых услуг, создание общегородского регистра, ежемесячные собрания, услуги аналитики, информационные технологии, координация сети и финансирование за счет медицинского страхования.
- **Необходим систематический подход к улучшению качества, основанный на своевременных данных о качестве оказываемых услуг.** Инициативы включали: мониторинг объема и качества медицинской помощи в больницах, независимые аудиты качества, создание общегородского регистра ОКС (с 2016 года) с автоматизированной аналитикой и контролем качества, ежемесячные собрания рабочей группы по созданию регистра и ежемесячная оценка данных, а также ежемесячные встречи руководителей сосудистых центров больниц в Комитете по здравоохранению Санкт-Петербурга.
- **Способность системы здравоохранения оперативно реагировать на острые события зависит от изменения таких факторов, как качество дорог, интенсивность движения и сеть поставщиков услуг, и требует постоянного анализа и корректировки.** С начала создания региональной сети лечения ОКС интенсивность дорожного движения значительно возросла; были построены новые автомагистрали. Динамические изменения интенсивности дорожного движения требуют регулярного пересмотра кратчайших маршрутов доставки пациентов в больницы. Рост высокотехнологичной медицинской помощи в больницах опережает развитие амбулаторной и реабилитационной помощи. Для предотвращения рецидивирующих кардиальных событий необходима дальнейшая работа. Сложность региональной системы лечения ОКС и трудности в проведении эффективных оценок с целью выявления областей для улучшения свидетельствуют о необходимости постоянного совершенствования информационных технологий и аналитики.

Справочные материалы

- (1) Федеральная служба государственной статистики Российской Федерации [веб-сайт]. Москва: Федеральная служба государственной статистики Российской Федерации; 2018 г. (http://www.gks.ru/free_doc/2018/demo/edn01-18.htm, по состоянию на 26 марта 2018 г.).
- (2) Князьков К., Деревницкий И., Медников Л., Яковлев А. Оценка динамической маршрутизации скорой помощи для перевозки пациентов с острым коронарным синдромом в Санкт-Петербурге. *Procedia Computer Science*. 2015; 66:419–28 doi:10.1016/j.procs.2015.11.048 (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877050915033979>, по состоянию на 26 марта 2018 г.).

ЦЕНТРЫ УКРЕПЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ В СЛОВЕНИИ: Интеграция индивидуальных и популяционных услуг для снижения неравенства в здравоохранении на уровне сообществ

Керстин Весна Петрич¹, Раде Прибакович Бриновеч², Джозика Маучес Закотник³

Резюме

В 2002 году во всех 61 центре первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в Словении были созданы Центры укрепления здоровья (ЦУЗ). Их основная роль заключалась в осуществлении вмешательств в области образа жизни в борьбе с ключевыми факторами риска неинфекционных заболеваний (НИЗ) с использованием комбинации индивидуального подхода и подхода на уровне популяции. ЦУЗ интегрировали ранее разрозненные мероприятия и виды деятельности в центрах ПМСП, включая общественных медсестер. В период с 2013 по 2016 год проводилась опытная апробация новой парадигмы для обеспечения интеграции разных услуг, направленных на уязвимые группы. Новая роль ЦУЗ заключалась в построении партнерских отношений с ключевыми заинтересованными сторонами, включая социальные службы и неправительственные организации (НПО), в целях укрепления здоровья на уровне сообществ. Для подготовки локальных стратегий и планов действий, направленных на удовлетворение потребностей разных групп населения и выявление и снижение неравенства в здравоохранении, были образованы команды укрепления здоровья.

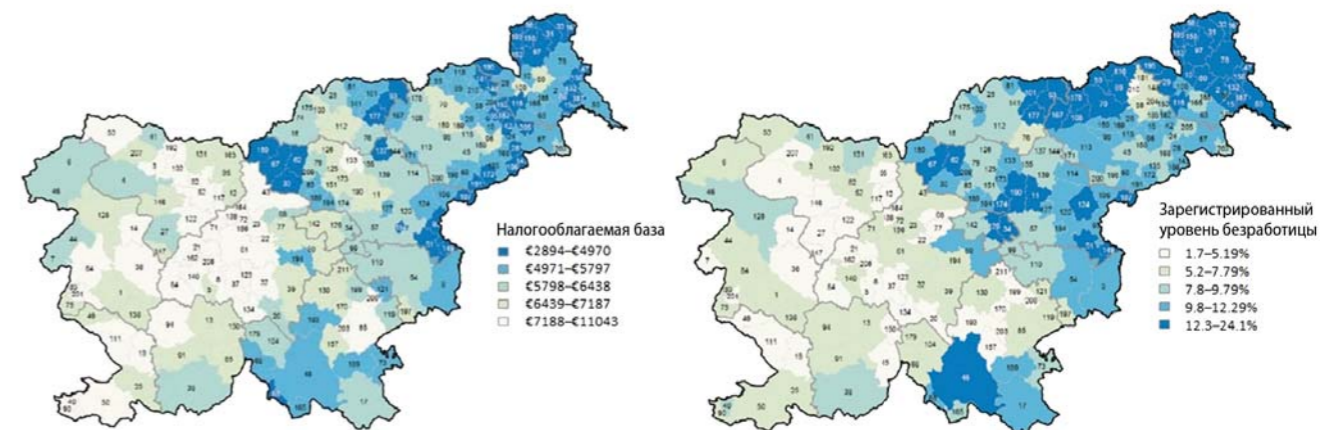
Снижение неравенства в здравоохранении путем укрепления потенциала первичной медико-санитарной помощи

Несмотря на всеобщий и всеобъемлющий доступ к услугам здравоохранения всех граждан Словении и несмотря на улучшения в здоровье граждан, достигнутые за последние несколько десятилетий, Словения сталкивается с непреходящим неравенством в показателях НИЗ между регионами страны. Западные и центральные регионы находятся в гораздо лучше положении, чем восточные и северо-восточные регионы, что отражает разные уровни развития и бедности (1). Более того, различия в ответных мерах системы здравоохранения на потребности уязвимых групп населения затрудняют их доступ к услугам здравоохранения, включая профилактику, в связи с проблемами медицинской грамотности, бедности и безработицы. Неравенство существует и между полами в отношении состояния здоровья и доступа и использования медицинских услуг. Неравенство в здравоохранении начинается на ранних этапах жизни, и растет среди школьников, особенно среди представителей более низких социально-экономических классов. Как и в других европейских странах, экономический и финансовый кризис углубил неравенство в здравоохранении в Словении (Рис. 1 и Рис. 2).

Ключевые наблюдения

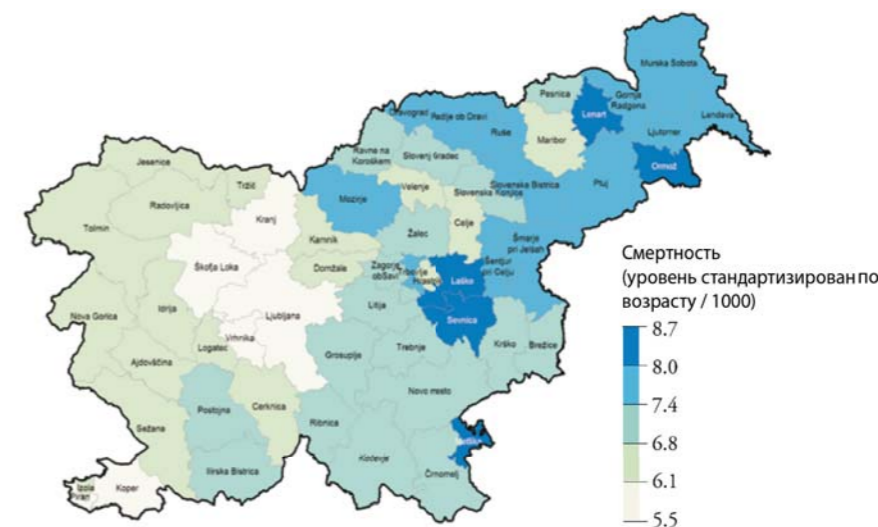
- Система здравоохранения в Словении играет ведущую роль в снижении неравенства в здравоохранении, особенно в отношении НИЗ.
- Учитывающий особенности контекста подход на уровне сообществ позволяет осуществлять своевременные и структурированные меры в ответ на потребности уязвимых групп населения.
- Интегрированный мультидисциплинарный подход требует трансформации системы предоставления услуг для согласования и гармонизации системы управления, финансирования и компетенций.
- Мультидисциплинарные команды в ЦУЗ обладают широким спектром компетенций и навыков для осуществления программ укрепления здоровья и профилактики заболеваний в ПМСП.
- Межсекторальное сотрудничество, базирующееся на подходе на уровне сообществ, имеет ключевое значение для справедливости в здравоохранении.
- Обеспечение устойчивого финансирования укрепления здоровья и профилактики заболеваний имеет огромное значение.

Рис. 1. Разбивка словенских муниципалитетов на квинтили по налогооблагаемой базе на душу населения и по зарегистрированному уровню безработицы, 2004-2008



Источники: Налоговая администрация Республики Словения (НАРС), 2004-2008 (перерасчет Института макроэкономического анализа и развития Республики Словения); Картографическое управление Республики Словения (КУРС), 2010

Рис. 2. Смертность по административным единицам Словении, 2005-2009



Источники: Национальный институт общественного здравоохранения (НИОЗ), База данных смертности 2005, 2009; КУРС.

На основании отчета о неравенстве в здравоохранении в Словении с 2011 года (2) и тщательного анализа системы здравоохранения 2015 года (3), Парламент принял решение об усилении мер по решению потребностей уязвимых групп населения и по снижению неравенства путем укрепления потенциала ПМСП. Для обеспечения подхода на уровне сообществ, который концентрируется на детерминантах здоровья, укреплении здоровья и профилактике НИЗ, были предприняты шаги для укрепления ЦУЗ в качестве составной части ПМСП, которая интегрирует первичную медико-санитарную помощь и услуги общественного здравоохранения, и вовлекает другие секторы и заинтересованные стороны.

Укрепление ПМСП для снижения неравенства в здравоохранении на уровне сообществ: ЦУЗ

ПМСП имеет долгую историю в Словении, и является точкой первого контакта для пациентов, с хорошим доступом к лечебным и профилактическим услугам. С учетом широкого спектра практикующих работников, предоставляющих услуги медико-санитарной помощи на первичном уровне (врачи общей практики (ВОП), педиатры, гинекологи, общественные медсестры, акушерки, детские и взрослые стоматологи, фармацевты, физиотерапевты, психологи и прочие медработники), она играет роль привратника в системе здравоохранения.

¹ Доктор медицины, Магистр наук, Начальник отдела укрепления здоровья и профилактики неинфекционных заболеваний, Министерство здравоохранения, Словения

² Доктор медицины, Начальник отдела управления программами укрепления здоровья и профилактики заболеваний, Национальный институт общественного здравоохранения, Любляна, Словения

³ Доктор медицины, Статс-секретарь, Министерство здравоохранения, Словения

Этап 1. Укрепление систем для укрепления здоровья и профилактики заболеваний для всего населения.

В 2002 году, спустя несколько месяцев после принятия Словенией своей национальной программы по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний (Программа профилактики ССЗ), в уже существующей сильной сети ПМСП (61 центр ПМСП) были созданы ЦУЗ. ВОП получили задание проводить профилактические осмотры и направлять пациентов из групп риска в ЦУЗ для прохождения бесплатных занятий, посвященных образу жизни.

Национальный фонд медицинского страхования (НФМС) предоставил финансирование, а для ВОП, достигающих целевых показателей по профилактическим осмотрам, были введены финансовые стимулы. В то же время, создание ЦУЗ предоставило возможность принять на работу больше медсестер и прочих работников по укреплению здоровья, а также стимулы для руководства центров ПМСП расширять профиль своих задач и ассортимент предлагаемых услуг.

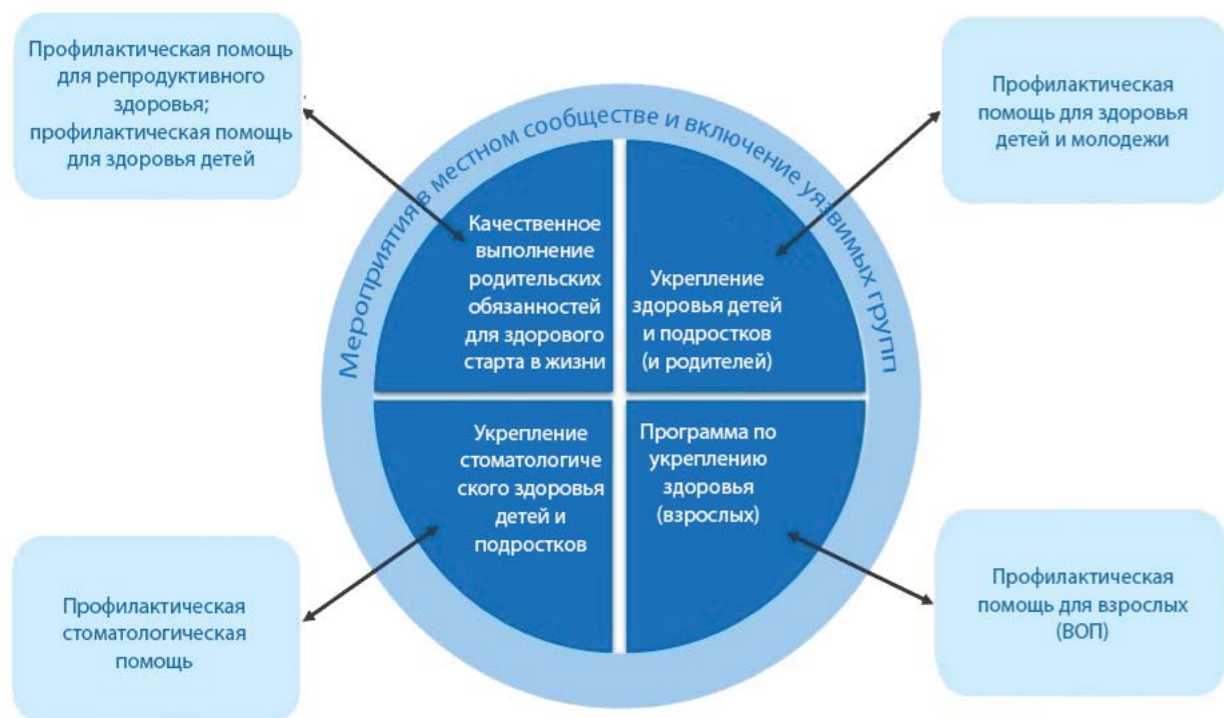
Реализация Программы профилактики ССЗ изначально руководилась CINDI Словения (Общенациональная программа ВОЗ по ССЗ, осуществляющаяся под руководством одного из крупнейших центров ПМСП в Любляне), а позже НИОЗ. Управление программой включало разработку вмешательств, обучение и продолжение профессионального развития, реализацию и оценку процесса.

Фаза 2. Усиление фокуса на неравенстве и уязвимых группах.

В 2013 году началась новая инициатива по модернизации существующих ЦУЗ (4). Используя Норвежский механизм финансирования, состоялась апробация проекта «На пути к улучшению здоровья и снижению неравенства в здравоохранении» в трех центрах ПМСП в разных регионах Словении. В рамках проекта 2.2 миллиона евро были инвестированы в решение проблемы расширяющегося разрыва неравенства, включая здравоохранение, путем снижения связанных с образом жизни хронических НИЗ. На основании оценки, Программа профилактики ССЗ была адаптирована для удовлетворения потребностей уязвимых групп населения (детей, подростков и взрослых).

Модернизированные ЦУЗ (Рис. 3) включают мультидисциплинарные команды медсестер, физиотерапевтов, психологов, диетологов и кинезиологов. Пациенты посещают индивидуальные и групповые занятия, посвященные изменениям образа жизни в разрезе здорового питания, физической активности и психического здоровья; также освещаются вопросы курения, употребления алкоголя, ожирения и диабета.

Рис. 3. Интегрированные ЦУЗ



В рамках проекта был разработан ряд инструментов для поддержки деятельности работников ЦУЗ, включая руководства, протоколы и модели для всеобъемлющей профилактики НИЗ, связанных с факторами образа жизни, и для интеграции профилактических услуг. Также были подготовлены учебные материалы для работы с культурными различиями и развития компетенций в области межкультурной медиации.

Более 60 экспертов из НИОЗ внесли свой вклад в реализацию проекта наряду с более чем 100 другими профессиональными работниками, включая семейных врачей, медсестер и акушеров, антропологов, социологов, клинических психологов и диетологов. Центры социальной работы, школы, службы занятости, НПО и прочие заинтересованные стороны на уровне сообществ также внесли свой вклад в разработку этого нового подхода.

Три ЦУЗ в пилотных центрах ПМСП заложили фундамент и стали движущей силой для установления контактов с наиболее уязвимыми и труднодоступными группами населения, а также для интеграции разнообразных структур, профессиональных работников и программ в центрах ПМСП и в сообществе.

Помимо команд по укреплению здоровья в ЦУЗ на уровне сообществ, были созданы группы действий в области укрепления здоровья для оказания содействия в выявлении и включении труднодоступных групп населения (безработных, представителей Рома, людей с психическими заболеваниями или инвалидностью, потребителей незаконных наркотиков и др.) в новую профилактическую программу.

Пилотный проект завершился в 2016 году с планами по внедрению новой модели как минимум в 24 дополнительных ЦУЗ к 2020 году. Правительство Словении выделило дополнительно 15 миллионов евро из средств сплочения Европейского Союза на эти цели (5).

Воздействие

За 15 лет работы ЦУЗ и реализации Программы профилактики ССЗ, более половины взрослого населения прошли скрининг на факторы риска образа жизни. Ежегодно почти 50,000 пациентов посещают занятия в ЦУЗ. Тенденции в области (преждевременной) смертности, особенно от сердечно-сосудистых заболеваний, продемонстрировали снижение на 19% в период с 2005 по 2015 г.г. (с 327 до 266 на 100,000). Однако различия между регионами и между группами населения сохраняются.

Изначальный скептицизм ВОП и прочих медработников по отношению к содержанию, целевым показателям и финансированию программы постепенно трансформировался в энтузиазм в связи с улучшением показателей здоровья пациентов.

Как часть проекта «На пути к улучшению здоровья и снижению неравенства в здравоохранении», НИОЗ провел полевой опрос в трех пилотных сообществах для выявления ключевых уязвимых групп и определения их препятствий в доступе к медико-санитарной помощи. 850 человек приняли участие в опросе, включая социально и экономически уязвимых людей, лиц с психическими расстройствами и инвалидностью, безработных, бездомных, и представителей прочих уязвимых групп. Они определили воспринимаемые респондентами барьеры для превентивных вмешательств (Рис. 4). Для решения этих барьеров в доступе, широкий спектр заинтересованных сторон в партнерстве друг с другом осуществили ряд вмешательств, направленных на лиц из разных уязвимых групп (Рис. 5).

Рис. 4. Количество человек и воспринимаемые ими барьеры для превентивных услуг



Примечание: респонденты опросы могли выбирать несколько барьеров.
Источник: НИОЗ.

Рис. 5. Количество заинтересованных сторон, участвующих в действиях по устранению барьеров в доступе



Источник: НИОЗ.

Выводы для политики

Национальный план здравоохранения 2016-2025, который придает приоритетное значение равным правам и доступу к услугам здравоохранения в качестве основных ценностей для развития системы здравоохранения Словении, гарантирует устойчивость достижений. ЦУЗ и новая модель укрепления здоровья и профилактики заболеваний будут систематически расширяться до покрытия всех центров ПМСП:

- посредством полной интеграции финансирования с обязательным медицинским страхованием за счет повышения подушевой оплаты и стимулирования эффективности профилактических услуг; и
- путем систематического включения мероприятий по наращиванию потенциала, разработанных в рамках этих программ, в программы подготовки медицинских и прочих работников.

На следующем этапе акцент будет сделан на работе в сообществе путем предоставления поддержки местным инициативам и подходам. Так, НИОЗ, центры ПМСП и муниципальные администрации будут направлять процесс создания местной группы действий для укрепления здоровья с применением общественного подхода для выявления локальных потребностей в области здравоохранения и разработки решений.

Извлеченные уроки

- **Система здравоохранения в Словении играет ведущую роль в снижении неравенства в здравоохранении, особенно в отношении НИЗ.** В частности, охват сообществ службами ПМСП совместно со службами общественного здравоохранения доказал свою эффективность как сильный инструмент охвата уязвимых групп.
- **Учитывающий особенности контекста подход на уровне сообществ позволяет осуществлять своевременные и структурированные меры в ответ на потребности уязвимых групп населения.** Он повышает социальную целостность, используя формальные и неформальные типы медико-санитарной помощи, и комбинируя индивидуальные и популяционные подходы. Он позволяет использовать комбинацию нисходящих и восходящих подходов в разработке и реализации программ для нуждающихся, и выходит за рамки институциональных границ в здравоохранении и социальной помощи.
- **Интегрированный мультидисциплинарный подход требует трансформации системы предоставления услуг для согласования и гармонизации системы управления, финансирования и компетенций.** ПМСП, через ЦУЗ, играет важную роль в предоставлении профилактических услуг и программ общественного здравоохранения, которые концентрируются на уязвимых группах в сообществе. Однако структуры координации, устойчивое финансирование и компетентная рабочая сила крайне важны для выполнения этих функций и обеспечения интеграции разных услуг.

- **Мультидисциплинарные команды в ЦУЗ обладают широким спектром компетенций и навыков для осуществления программ укрепления здоровья и профилактики заболеваний в ПМСП.** Для успешной работы с другими секторами в сообществе и решения потребностей уязвимых групп населения, необходимо разрабатывать специальные учебные программы и руководства. Со временем, эти подходы на базе мультидисциплинарного обучения необходимо интегрировать в базовое образование в области общественного здравоохранения, укрепления здоровья, первичной медико-санитарной помощи, и за рамками сектора здравоохранения, в государственную политику и обучение в сфере государственного управления.
- **Межсекторальное сотрудничество, базирующееся на подходе на уровне сообществ, имеет ключевое значение для справедливости в здравоохранении.** Местные сообщества с широким многообразием заинтересованных сторон обладают огромным потенциалом в области мобилизации людей и организаций для выявления и включения тех, кто остался позади, и содействия построению здоровой среды и обеспечению здорового выбора для всех.
- **Обеспечение устойчивого финансирования укрепления здоровья и профилактики заболеваний имеет огромное значение.** Вовлечение заинтересованных сторон с самого начала, особенно плательщика и местных властей, имеет большое значение. Разработка локальной стратегии и плана действий, применение критериев для измерения результатов, и отчетность о прогрессе и воздействии предпринятых мер перед общественностью и лицами, принимающими решения, могут внести значительный вклад в устойчивость профилактических программ на основе справедливости.

Справочные материалы

- (1) Альбрехт Т., Прибакович Бриновец Р., Йозар Д., Полдруговак М., Костнапфель Т., Залетел М. и др. Словения: Обзор системы здравоохранения. Системы здравоохранения переходного периода, 2016; 18(3):1–207 (<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits/full-list-of-country-hits/slovenia-hit-2016>, accessed 18 June 2018).
- (2) Бузети Т., Джомба Дж.К., Бленкус М.Г., Ивануса М., Кланшчек Х.Дж., Келсин Н. и др. Неравенство в здравоохранении в Словении. Любляна: Национальный институт общественного здравоохранения; 2011.
- (3) Анализ системы здравоохранения Словении. Резюме и ключевые результаты исследования: Итоговый отчет. Любляна: Министерство здравоохранения Республики Словения; 2016.
- (4) Бузети Т., Маучек Закотник Дж. Инвестиции для здравоохранения и развития в Словении: Программа Мура. Мурска Собота: Центр здравоохранения и развития; 2008.
- (5) Операционная программа по реализации Политики сплочения ЕС 2014-2020. Любляна: Государственное бюро развития и Европейская политика сплочения Республики Словения; 2015 (http://www.eu-skladi.si/sl/dokumenti/kljucni-dokument/op_ang_final_web.pdf, accessed 20 June 2018).



СТРАТИФИКАЦИЯ НАСЕЛЕНИЯ: Основной инструмент, используемый для управления общественным здравоохранением в Испании

Хосе Серезо Серезо¹, Кармен Ариас Лопез²

Резюме

Переход систем здравоохранения от использования подхода, ориентированного на лечение заболевания, к подходу, ориентированному на потребности пациента, был одной из целей Испанской стратегии по борьбе с хроническими заболеваниями Национальной системы здравоохранения (2012 г.). В качестве одного из стратегических приоритетов для осуществления этих преобразований рассматривалось определение потребностей каждого пациента в медицинских услугах с целью адаптации вмешательств к конкретным нуждам пациентов. В рамках проекта «Стратификация населения в Национальной системе здравоохранения» в большинстве регионов Испании для стратификации рисков по заболеваемости и сложности использовался разработанный и опробованный на местном уровне «инструмент группирования населения» (AMG) (1). Стратификация риска широко используется в управлении здоровьем населения, планировании медицинского обслуживания и клиническом ведении заболеваний.

Стратификация рисков для здоровья людей с хроническими заболеваниями применяется во многих европейских странах для повышения эффективности управления здравоохранением и предоставления услуг, в большей степени отвечающих индивидуальным потребностям пациентов. Некоторые страны приобрели или адаптировали существующее программное обеспечение; другие, например, Испания, - разработали новые, ориентированные на конкретную страну инструменты на уровне всего населения для группирования и оценки риска для здоровья населения (2,3). Эти методы согласуются с Европейской рамочной основой для действий по организации интегрированного предоставления услуг здравоохранения в качестве одной из ключевых стратегий перехода к здравоохранению, ориентированному на потребности населения (4).

Инструмент группировки пациентов по фактору заболеваемости (AMG)

Процесс создания

Инструмент AMG был создан Каталонским институтом общественного здоровья и Фондом TicSalut в рамках каталонской программы профилактики и лечения хронических заболеваний при Службе здравоохранения Каталонии. Впоследствии Министерство здравоохранения, социальных служб и равноправия Испании подписало два последовательных соглашения о сотрудничестве с Фондом TicSalut (Служба здравоохранения Каталонии), что позволило расширить масштабы применения инструмента AMG от Каталонии до подавляющего большинства испанских регионов. К 2015 году по фактору заболеваемости было сгруппировано 38 миллионов человек (5,1).

Ключевые наблюдения

- Инструменты стратификации риска, такие как группировка населения по фактору заболеваемости (AMG), могут помочь системам здравоохранения перейти от использования подхода, ориентированного на лечение заболевания, к подходу, ориентированному на нужды пациента.
- AMG может использоваться для оценки текущих и будущих рисков заболеваемости и смертности, а также для оценки показателей пользования услугами системы здравоохранения, тем самым повышая эффективность управления здравоохранением.
- AMG имеет особое значение для лечения пациентов с хроническими коморбидными заболеваниями, как с точки зрения общесистемного, так и клинического подхода, а также позволяет проводить сравнительный анализ на разных уровнях.
- AMG зарекомендовал себя как гибкий и легко адаптируемый в разных регионах.
- Для разработки и внедрения такого инструмента на практике, непременным условием является наличие надежных, обновленных, систематизированных, оформленных с применением одних и тех же правил, компьютеризированных медицинских карт на уровне первичной медико-санитарной помощи.

Особенности AMG

AMG - это инструмент группировки населения и стратификации риска на основе двух факторов: мультиморбидности и степени сложности заболеваний. Процесс группировки требует кодифицированной диагностики с использованием кодов заболеваний пользователей, даты диагностики и - в качестве основного источника информации - данных, собранных из электронных карт пациентов первичной медико-санитарной помощи. Диагнозы острых заболеваний учитываются только в том случае, если они были поставлены в течение периода исследования (обычно один год); диагнозы хронических заболеваний учитываются независимо от даты, когда они были зарегистрированы.

Группировка по фактору заболеваемости: пациенты классифицируются по семи группам заболеваемости в соответствии с назначенными для их заболеваний кодами по Международной классификации болезней следующим образом: здоровое население; беременность и/или роды; острое заболевание; хроническое заболевание, поражающее одну систему органов; хроническое заболевание, поражающее две или три системы органов; хроническое заболевание, поражающее четыре или более системы органов; рак.

Группировка по степени сложности заболевания: каждая из семи групп заболеваемости (кроме здорового населения) делится на пять подгрупп по степени сложности заболевания, которая определяется путем анализа набора показателей, связанных с использованием ресурсов, таких как посещения учреждений первичной медико-санитарной помощи, получение рецептов на лекарственные препараты, а также показателей смертности и риска госпитализации. Расчет степени сложности заболевания основывался на информации о населении Каталонии за 2011 год (7,5 млн. человек). С учетом групп заболеваемости и степени сложности заболеваний, всего была установлена 31 группа AMG.

Индивидуальная клиническая метка и индекс степени сложности: AMG включает в себя два дополнительных вида информации по каждому пациенту. Во-первых, для наиболее значимого и/или уже диагностированного ранее заболевания из списка 80 согласованных заболеваний приоритетной значимости выбирается индивидуальная клиническая метка пациента. Затем вычисляется цифровой индекс степени сложности заболевания, который позволяет стратифицировать риски в виде пирамиды, в которой каждый пациент относится к тому или иному уровню или группе риска (рис.1).

Рисунок 1. Пирамида стратификации риска по индексу степени сложности заболевания



На пути к управлению здравоохранением

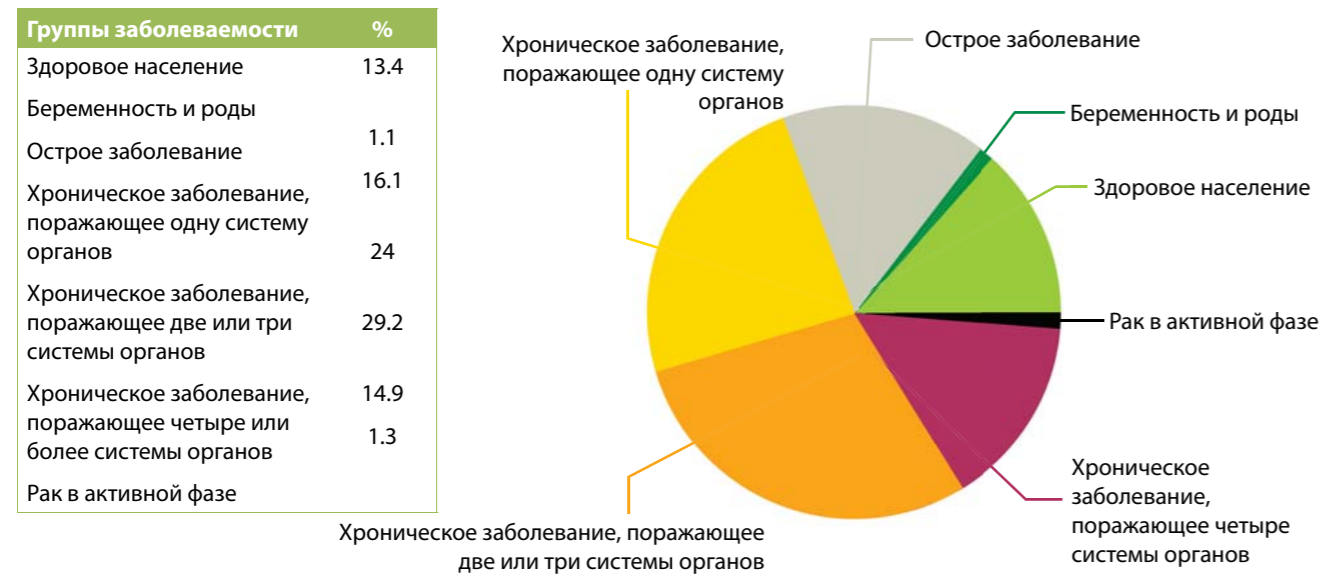
AMG помогает лучше понять распределение рисков для здоровья среди населения. Испанская система здравоохранения координируется на национальном уровне, но является децентрализованной в 17 областях Испании, многие из которых используют AMG для различных аналитических целей. Ниже приведены некоторые примеры.

Временное и географическое распределение заболеваемости: на рисунке 2 показано распределение населения по семи группам заболеваемости для одного региона: 68% населения имеют по крайней мере одно хроническое заболевание, а у 44% наблюдается мультиморбидность. Около 15% пациентов с мультиморбидностью имеют хронические заболевания, поражающие четыре или более системы органов. Такие простые цифры могут использоваться для анализа временного или географического распределения, например, для целей более эффективного планирования.

¹ Консультант, Барселонский офис ВОЗ по укреплению систем здравоохранения, Отдел систем здравоохранения и общественного здоровья

² Технический сотрудник, Стратегия борьбы с хроническими заболеваниями Национальной системы здравоохранения, Отдел качества и инноваций, Министерство здравоохранения, социальных служб и равенства Испании

Рисунок 2. Распределение населения по группам заболеваемости



Источник: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018

Потребности в ресурсах для каждого уровня риска для здоровья: на рисунке 3 показаны результаты для другого региона, где пирамида стратификации риска использовалась для расчета значений набора показателей использования ресурсов и анализа затрат для каждого уровня риска. На уровне наибольшего риска, в который входят лишь 5% населения, затрачивается наибольшее количество ресурсов здравоохранения, с четко выраженным градиентом по всему диапазону рисков. Оценка временных изменений и географического распределения может быть целесообразна для обеспечения соответствия между моделями распределения ресурсов и потребностями в них.

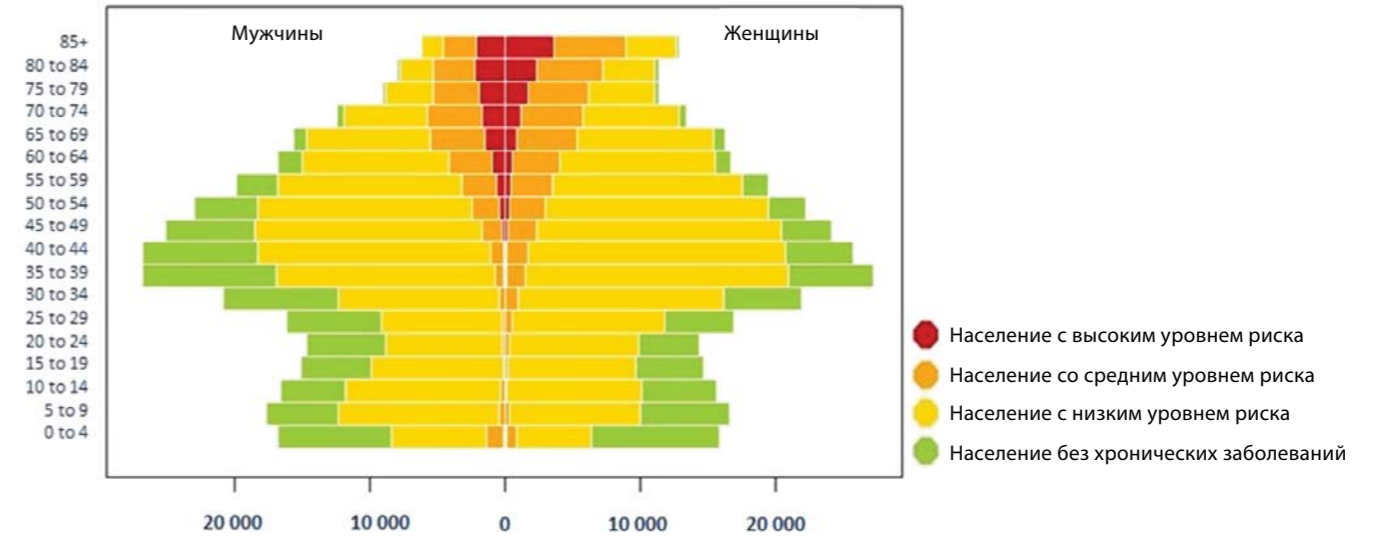
Рисунок 3. Уровень смертности и использование ресурсов для каждого уровня риска

	Население (%)	Уровень смертности (x 100)	Посещения ПМСП (среднее)	Неотложная госпитализация rate (x 100)	Неотложная помощь (x 100)	Отпущенные лекарства (среднее)	Расходы на здравоохранение (среднее)
Население с высоким уровнем риска	5	16.6	22.2	58.1	160.8	13.4	7067€
Население со средним уровнем риска	15	1.1	12.4	7.5	72.5	8.0	2121€
Население с низким уровнем риска	30	0.2	7.0	2.9	51.9	3.6	779€
Население с исходным уровнем риска	50	0.1	2.0	0.6	17.3	1.0	164€

Источник: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018

Распределение рисков для здоровья по этапам жизни человека и по гендерному признаку: в третьем регионе пациенты, стратифицированные в соответствии с индексом степени сложности заболевания, распределялись по группам пирамиды населения, как показано на рисунке 4. Это позволило определить долю населения с высоким риском для мужчин и женщин, а также для каждой возрастной группы. Как видно из этого примера, чем старше возрастная группа, тем больше пациентов находится в группе высокого риска. Это особенно актуально для пациентов старше 65 лет, у которых чаще всего встречается мультиморбидность. Наличие пациентов с высоким риском также отмечается в возрастной группе 50-60 лет, что имеет непосредственное влияние на секторы труда и экономики. Эта информация может быть особенно полезна для разработки соответствующих вмешательств.

Рисунок 4. Распределение населения по возрасту, полу и уровню риска



Источник: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018

Хронические заболевания и риск для здоровья: При помощи AMG также может определяться доля пациентов с высоким риском для каждого из наиболее значимых неинфекционных заболеваний. На рисунке 5 представлены результаты для четвертого региона Испании; доля населения с высоким риском обозначена красным цветом. Доля пациентов в категории наивысшей степени сложности зависит от заболевания. В то время как подавляющее большинство людей с высоким артериальным давлением находилось в группе умеренного или низкого риска, значительная часть пациентов с сердечной недостаточностью была классифицирована как пациенты с высоким риском. Эта информация имеет важное значение для прогнозирования использования ресурсов здравоохранения в соответствии с профилем неинфекционных заболеваний населения.

Рисунок 5. Частота (%) основных хронических заболеваний по группам риска



АД - высокое артериальное давление; СД - сахарный диабет; ХОБЛ - хроническая обструктивная болезнь легких; СН - сердечная недостаточность.

Источник: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018

Воздействие AMG и его применение

В исследовании, проведенном в 2017 году Министерством здравоохранения, социальных служб и равенства, испанскими регионами отмечался широкий спектр применения инструмента AMG для более эффективного управления здравоохранением и планирования ресурсов.

Управление здравоохранением и выявление случаев заболевания: Наиболее распространенным применением инструмента является его использование для выявления случаев заболевания на уровне первичной и вторичной медико-санитарной помощи, с тем чтобы включить пациента в региональные программы лечения пациентов со сложными или прогрессирующими формами хронических заболеваний. Например, в Мадриде уровень риска, рассчитанный инструментом AMG, вместе с другими показателями, используется по согласованию с лечащим врачом для направления пациентов для лечения по таким программам. Степень соответствия между уровнями риска по AMG (высокий, средний, низкий) и уровнями назначенных врачом вмешательств (высокий, средний и низкий) оценивалась в диапазоне от средней до хорошей (6).

Упреждающее лечение пациентов с высоким риском в первичной медико-санитарной помощи: Группы AMG также являются рутинными индикаторами состояния здоровья пациента в индивидуальных медицинских картах в первичной медико-санитарной помощи и используются в процессе принятия решений об упреждающей терапии. В некоторых регионах, таких как Каталония, показатель риска AMG указывается в электронных медицинских картах пациентов и поэтому доступен для медицинского персонала (врачей, семейных медсестер, координаторов медицинских услуг и т.д.). Объединив информацию, предоставленную инструментом стратификации, с другими клиническими показателями, медицинский персонал может составить список своих самых сложных пациентов, а также сопоставить конкретных пациентов с другими пациентами прикрепленного участка.

Планирование ресурсов: В других регионах AMG используется в макроуправлении для оценки текущих или будущих расходов на здравоохранение и использования ресурсов с целью соответствующего выделения ресурсов здравоохранения. Например, на Балеарских островах группы AMG используются для расчета годового бюджета семейных врачей первичной медико-санитарной помощи на лекарственное обеспечение. Расходы на лекарственное обеспечение и индексы степени сложности заболеваний пациентов, прикрепленных к семейному врачу в предыдущем году, используются для расчета суммы годовых бюджетных расходов на следующий год; для определения окончательной суммы прогноз корректируется в соответствии с фактическими расходами семейного врача на лекарственное обеспечение.

Стратегические закупки: Показатели AMG используются в Каталонии вместе с другими показателями для корректировки годовых выплат на душу населения бригадам по оказанию первичной медико-санитарной помощи. В Мадридском регионе AMG используется для расчета суммы бюджетных расходов на каждый рецепт на лекарственное средство в центрах первичной медико-санитарной помощи.

Планирование кадровых ресурсов здравоохранения: AMG может содействовать оптимизации планирования и распределения кадровых ресурсов здравоохранения. В Каталонии Совет по сестринскому делу предложил новую модель для определения минимального количества медсестер, необходимых бригадам первичной медико-санитарной помощи, для обеспечения надлежащего качества медицинского обслуживания. В этой модели заболеваемость, измеряемая с помощью AMG, была частью формулы распределения.

Научные исследования и принятие решений в области здравоохранения: Использование AMG для научных исследований может включать выявление уязвимых групп населения, анализ заболеваемости населения или выбор средств контроля для эпидемиологических исследований. В одном регионе индекс степени сложности заболеваний по AMG использовался для приоритизации пациентов, имеющих право на вакцинацию против гриппа, и для их оповещения с помощью SMS.

Оценка эффективности: AMG также используется для корректировки многих показателей эффективности и качества первичной и неотложной медицинской помощи.

Извлеченные уроки

- Информация, предоставляемая инструментами стратификации риска, такими как AMG, может помочь системам здравоохранения в переходе от подхода, ориентированного на лечение заболевания, к подходу, ориентированному на нужды пациента. Благодаря лучшему профилированию состояния здоровья пациентов службы здравоохранения могут более полно и точно реагировать на реальные потребности групп и индивидуальных пациентов в медицинском обслуживании.
- AMG может использоваться для оценки текущих и будущих рисков заболеваемости и смертности, а также для оценки показателей пользования услугами системы здравоохранения, тем самым повышая эффективность управления здравоохранением путем внедрения прозрачных, основанных на фактических данных критериев для принятия решений о программах здравоохранения, политике и распределении ресурсов.

- AMG особенно важен для лечения пациентов с хроническими коморбидными заболеваниями, как с точки зрения общесистемного, так и клинического подхода. Такие пациенты легко выявляются с использованием AMG и могут быть включены в программы ведения пациентов со сложными хроническими заболеваниями (после согласования с врачом). Кроме того, включение в AMG информации из электронных медицинских карт позволяет медицинским работникам (врачам, медсестрам) прогнозировать дальнейшее течение болезни пациента и адаптировать клинические вмешательства соответствующим образом.
- AMG дает возможность сопоставлений на разных уровнях. Руководители здравоохранения могут выявлять области с более высоким спросом на медицинские услуги и более высоким потреблением ресурсов и сопоставлять их с более эффективными областями. Кроме того, врачи и медсестры могут сравнивать пациентов по индексу степени сложности их заболевания, а также сопоставлять их показатели со средними показателями для их заболевания.
- AMG зарекомендовал себя как гибкий и легко адаптируемый в разных регионах, о чем свидетельствует его использование в 13 из 17 автономных систем здравоохранения Испании.
- Для разработки и внедрения такого инструмента на практике, непременным условием является наличие надежных, обновленных, систематизированных, оформленных с применением одних и тех же правил, компьютеризированных медицинских карт на уровне первичной медико-санитарной помощи.
- В децентрализованных системах здравоохранения, таких как в Испании, успешные региональные инициативы могут быть определены и более широко использованы при наличии адекватных механизмов для отбора примеров передовой практики и эффективных соглашений о сотрудничестве.

Выражение благодарности

Выражаем благодарность представителям автономных областей в Комитете по стратегии борьбы с хроническими заболеваниями Национальной системы здравоохранения Испании, а также менеджерам информационных систем, которые участвовали в настоящем проекте. Мы также благодарим всех медицинских работников, которые регистрируют соответствующие клинические данные в своей повседневной работе, что является необходимым условием для применения AMG.

Справочные материалы

- 1) Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Informe del proyecto de Estratificación de la población por Grupos de Morbilidad Ajustados (GMA) en el Sistema Nacional de Salud (2014–2016). [Отчет по проекту стратификации населения по адаптированным группам заболеваемости (АГЗ) в Национальной системе здравоохранения (2014–2016).] Мадрид; 2018 (http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/informeEstratificacionGMASNS_2014-2016.pdf).
- (2) Дуенас-Эспин И., Вела Е., Паус С., Бескос К., Кано И., Клерис М. и др. Предложения по углубленной оценке рисков и стратификации в сценарии интегрированной медико-санитарной помощи. *BMJ Open* 2016;6(4):e010301.
- (3) Налин М., Бедбрук А., Барони И., Романо М., Бускет Дж., редакторы. Белая бумага о внедрении методов стратификации. Брюссель: Европейская Комиссия; 2016.
- (4) Европейское региональное бюро ВОЗ. Укрепление систем здравоохранения, ориентированных на потребности человека, в Европейском регионе ВОЗ: рамочная основа для действий по организации интегрированного предоставления услуг здравоохранения. Копенгаген; 2016 г. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/315787/66wd15e_FFA_IHSD_160535.pdf?ua=1).
- (5) Монтерде Д., Вела Е., Клерис М. Los grupos de morbilidad ajustados: nuevo agrupador de morbilidad poblacional de utilidad en el ámbito de la atención primaria. [Адаптированные группы заболеваемости: новый метод группирования заболеваемости среди населения для использования в первичной медико-санитарной помощи.] *Aten Primaria* 2016;48(10):674-82.
- (6) Гонзалес Гонзалес А.И., Микель Гомес А.М., Родригез Моралес Д., Хернандес Паскуаль М., Санчес Перрука Л., Медиавилла Херрера И. и др. (2017) Concordancia y utilidad de un sistema de estratificación para la toma de decisiones clínicas. [Соответствие и полезность системы стратификации для принятия клинических решений.] *Aten Primaria* 2017;49(4):240-7.

РЕФОРМА ПРОГРАММЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ В ШВЕЦИИ:

На пути к более активному и мультидисциплинарному обучению в области ориентированной на потребности человека медико-санитарной помощи

Stefan Lindgren¹

Резюме

Медицинские учебные заведения в Швеции пересматривают свои учебные программы подготовки специалистов с целью вовлечения учащихся в более активное и мультидисциплинарное обучение и для улучшения интеграции фундаментальных научных знаний и клинического опыта. Это связано с меняющимися потребностями пациентов, ростом заболеваемости и распространенности хронических заболеваний и мультиморбидности, распространением новых знаний и технологий, изменением практики оказания помощи и новым толкованием педагогики. Реформы учебных программ являются совместным усилием правительства и университетов, поставщиков медицинских услуг, организаций пациентов и профессиональных организаций.

В настоящее время широко признается потребность в новых и основных компетенциях. Реформа определила необходимость упреждающего ведения хронических заболеваний, усиления внимания к профилактике заболеваний и укреплению здоровья, критического мышления, непрерывного повышения качества оказываемых услуг, подготовки врачей общей практики, развития навыков общения и организации работы в многопрофильной команде. Это означает, что практическое обучение постепенно переходит от условий стационара в сферу первичной медико-санитарной помощи.

Борьба с НИЗ и мультиморбидностью путем применения новых знаний и технологий

Как и в большинстве стран Европейского региона ВОЗ, шведская система здравоохранения по-прежнему в основном настроена на лечение острых, а не хронических заболеваний; в клинической практике уделяется ограниченное внимание профилактике заболеваний и укреплению здоровья. В целом, медицинская подготовка не отражает в достаточной мере огромные изменения, происходящие в сфере здравоохранения, в том числе меняющиеся потребности пациентов, рост заболеваемости и распространенности хронических заболеваний и мультиморбидности, расширение знаний и развитие технологий, изменение условий и практики оказания медицинской помощи и новое толкование педагогики.

Ряд наиболее значительных изменений, произошедших за последнее столетие практически в каждой медицинской области, связаны с увеличением количества учебных программ в новых узких

Ключевые наблюдения

- Преобразование медицинской учебной программы возможно; оно требует совместных усилий всех заинтересованных сторон для обеспечения устойчивого результата.
- Необходимо улучшить согласование учебных программ последипломной больничной подготовки врачей (в ординатурах) по каждой дисциплине с существующими и ожидаемыми потребностями практикующих врачей.
- Результаты обучения, касающиеся желаемых компетенций, должны быть четко сформулированы и оценены.
- Приоритет следует отдавать обучению на основе получения компетенций и подготовке врачей общей практики.
- Компетенции должны быть ориентированы как на клинико-технические навыки, так и на мягкие навыки.
- Практическое обучение постепенно переходит от условий стационара в сферу первичной медико-санитарной помощи.
- Усовершенствованная междисциплинарная организация программы подготовки (совместная работа врачей, медсестер и медицинских работников смежных профессий) имеет большое значение.
- Необходимо применение новых стандартов аккредитации в рамках непрерывного медицинского образования.

специальностях, а также с увеличением продолжительности обучения. Более того, клиническая среда в учебных медицинских центрах, в том числе в базовых клинических больницах, в настоящее время широко воспринимается как невосприимчивая к нововведениям в области образования. Медицинская подготовка по-прежнему в значительной степени связана с традициями местного и узкоспециального обучения, а также с требованиями отделений стационарного лечения. Культура подготовки и практики оказания медицинских услуг, которой обучаются студенты медицинских учебных заведений и ординатур за пределами учебного заведения, прививает ценности и подходы к клинической практике, которые часто не согласуются с теми, которые преподаются в рамках официальной учебной программы медицинского учебного заведения (1).

Программа медицинского образования в соответствии с сегодняшними проблемами здравоохранения

Преобразование системы подготовки врачей началось в 2013 году с соглашения между соответствующими заинтересованными сторонами, включая правительство, медицинские работники, профессиональные организации, учебные заведения и организации пациентов по вопросам основных проблем здравоохранения, которые необходимо решить, и в отношении соответствующих компетенций, необходимых для их решения. Хронические заболевания, мультиморбидность и необходимость укрепления системы первичной медико-санитарной помощи и организации работы в командах стали ключевыми факторами осуществления системных изменений, необходимых для обеспечения наилучшего здоровья и качества жизни каждого человека и населения в целом, в отличие от простого лечения болезней. Фундаментальные и клинические знания, навыки и профессионализм, которые остаются центральными компонентами новых программ обучения, рассматриваются с учетом этих факторов (2).

Шведская реформа программы медицинского образования соответствует видению, сформулированному Всемирной федерацией медицинского образования (3), в котором подчеркивается необходимость применения новых стандартов аккредитации в рамках всего континуума медицинского образования.

Реформа состоит из двух основных аспектов.

Первый аспект - это пересмотр компетенций. Заинтересованные в проведении процесса реформ стороны провели исследования и установили, какие компетенции необходимы выпускникам медицинских учебных заведений для решения приоритетных проблем здоровья общества. Приоритет отдается подготовке врачей общей практики, необходимых для укрепления системы первичной медико-санитарной помощи. В этом контексте основное внимание уделяется упреждающему ведению хронических заболеваний, комплексной оценке потребностей пациента, медицинскому обслуживанию, ориентированному на потребности пациента, медико-санитарному просвещению пациентов и расширению их прав и возможностей, а также вопросам укрепления здоровья, многопрофильной медицинской помощи, интегрированному обслуживанию, клинической практике на основе фактических данных, подходам, направленным на улучшение качества предоставляемой помощи, эффективному использованию информационных и коммуникационных решений, а также долгосрочной поддержке пациентов и их родственников. Примеры кластеров компетенций в области коммуникации, работы в командах и медицинского обслуживания, ориентированного на нужды пациента, приведены в Таблице 1.

Компетенции также включают ориентацию на конкретные подходы и навыки, такие как критическое мышление, научные подходы к сбору новой информации и расширению знаний, непрерывное повышение профессиональной квалификации и этику.

Второй аспект - это определение стратегий обучения. В дополнение к существующей традиционной системе обучения "учитель-ученик", были внедрены новые стратегии обучения, в том числе: межпрофессиональное обучение (совместное обучение студентов-врачей и студентов-медсестер на конкретных случаях заболеваний) и видеозаписи консультаций пациентов и поставщиков медицинской помощи, сделанные с целью обучения улучшению общения с пациентом в зависимости от его нужд и клинических обоснований. В рамках новой учебной программы додипломной подготовки (которая длится 5,5 лет) периоды клинической практики были увеличены, и по большей части проводятся в амбулаторных клиниках первичной медико-санитарной помощи (4). Студенты становятся частью существующих многопрофильных команд, и им назначаются определенные задачи и обязанности. Внимание также уделяется использованию информационно-коммуникационных технологий и их роли в содействии предоставлению интегрированной медицинской помощи.

¹ Профессор медицины и гастроэнтерологии, Лундский университет, Швеция; Старший консультант в области гастроэнтерологии, Университетская больница Skåne, Швеция; бывший президент Шведского медицинского общества

Таблица 1. Примеры кластеров компетенций выпускников медицинских вузов Швеции, связанных с общением, работой в команде и ориентацией на потребности пациентов

<p>Эффективное общение</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Продемонстрировать умение активно, внимательно выслушать пациента. • Передать информацию непредвзято и без использования сложных для понимания специальных терминов. • Четко объяснить пациенту пункты плана лечения. • Адаптировать стиль общения, наиболее правильно учитывающий воздействие состояния здоровья пациента на его способность воспринимать и понимать предлагаемую информацию. • Убедиться, что поток информации и обмен ею между пациентом, членами его семьи и соответствующими поставщиками услуг является полным. • Предложить материалы санитарного просвещения, соответствующие стилю общения, культурным нормам и грамотности пациентов, для подкрепления информации, предоставляемой устно во время консультации.
<p>Работа в команде</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Четко определить функции и обязанности всех членов команды, в том числе пациентов, и поддерживать их. • Предлагать свои профессиональные мнения и поощрять других членов команды, в том числе пациентов, выразить свое мнение и способствовать принятию решений. • Устранять разногласия или конфликты быстро и без раздражения. • Продемонстрировать практичность, гибкость и адаптируемость в процессе работы с коллегами, направив основные усилия на достижение целей лечения, а не строгое соблюдение модели лечения. • Обеспечить, чтобы пациенты и члены их семьи имели доступ к необходимым ресурсам, включая, но не ограничиваясь, специальную медицинскую помощь, реабилитационные и социальные услуги, взаимную поддержку, финансовую помощь и транспортировку; проконтролировать наличие всего необходимого. Это включает в себя организацию доступа к службам направления пациентов.
<p>Ориентация на потребности пациента</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Уяснить, что эффективное планирование оказания медицинских услуг требует нескольких бесед с пациентом и другими сторонами. • Провести скрининг пациента на мультиморбидность, когнитивные нарушения и психические заболевания, а также рискованное, вредное или зависимое употребление наркотических веществ, возможность причинения вреда себе или другим, возможность жестокого обращения, отсутствия заботы и насилия в семье. • Оценить характер семьи пациента, его социальной поддержки, а также другие социально-экономические ресурсы, воздействующие на здоровье пациента. • Сопоставить и скорректировать тип и интенсивность медицинской помощи в соответствии с нуждами пациента, обеспечив своевременное и исключающее дублирование предоставление помощи. • Включить пожелания, убеждения и историю пациента в план лечения, сократив до минимума степень, до которой заранее сформированное врачом мнение о болезни и лечении пациента заслоняет пожелания, выражаемые пациентом. • Понять воздействие неравенства в доступе к медицинской помощи и качестве оказываемой помощи.

Источник: Автор.

Воздействие

Все медицинские факультеты в Швеции приступили к реформированию программы медицинского образования. Основные изменения включают в себя акцент на общеврачебные компетенции, увеличение количества учебных часов, которые студенты проводят на практике в клиниках и учреждениях первичной медико-санитарной помощи, а также введение новых учебных предметов в программу, таких как обеспечение качества медицинской помощи, интегрированная помощь, медицинская помощь, ориентированная на потребности пациента, и использование информационных технологий. Внедрение новых стратегий обучения - еще одно серьезное изменение в разработке и внедрении новой программы медицинского образования.

В настоящее время медицинские факультеты сосредотачивают свое внимание на документировании результатов обучения, связанных с определенными компетенциями, а также на разработке показателей качества для оценки эффективности реформы.

Извлеченные уроки

- Преобразование медицинской учебной программы возможно и требует совместных усилий всех заинтересованных сторон для обеспечения устойчивого результата.
- Необходимо улучшить согласование учебных программ последипломной больничной подготовки врачей (в ординатурах) по каждой дисциплине с существующими и ожидаемыми потребностями практикующих врачей.
- Результаты обучения, касающиеся желаемых компетенций, должны быть четко сформулированы и оценены.
- Приоритет следует отдавать обучению на основе получения компетенций и подготовке врачей общей практики.
- Компетенции должны быть ориентированы как на клинично-технические навыки, так и мягкие навыки.
- Практическое обучение постепенно переходит от условий стационара в сферу первичной медико-санитарной помощи.
- Усовершенствованная междисциплинарная организация программы подготовки (совместная работа врачей, медсестер и медицинских работников смежных профессий) имеет огромное значение.
- Необходимо применение новых стандартов аккредитации в рамках непрерывного медицинского образования.

Справочные материалы

- (1) Лоули Т., Сакстон Дж., Джонс М. Медицинское образование: время для реформ. *Trans Am Clin Climatol Assoc.* 2005;116:311-20.
- (2) Линдгрэн С., Браннсторм Т., Хансе Е., Ледин Т., Нилссон Г., Сандлер С. и др. Медицинское образование в Швеции. *Med Teach.* 2011;33(10):798-803.
- (3) Линдгрэн С., Гордон Д. Врач, которого мы обучаем для будущей глобальной роли в здравоохранении. *Med Teach.* 2011;33(7):551-4.
- (4) Странд П., Эдгрэн Г., Борна П., Линдгрэн С., Вихман-Хансен Г., Сталмейер Р.Е. Концепции того, как учебная программа, культура рабочего места и собрание индивидуумов формируют обучение студентов медицины и надзорную практику на клиническом рабочем месте. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2015;20(2):531-57.

УЛУЧШЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА В УЗБЕКИСТАНЕ:

Внедрение пакета основных вмешательств для профилактики и контроля неинфекционных заболеваний с успешным вовлечением медсестер и ранее не охваченных мужчин

Муборак Садырова¹, Дильфуза Аниёзова², Джилл Фаррингтон³, Елена Цой⁴

Резюме

В Кашкардарьинской и Ферганской областях Узбекистана внедрена интегрированная модель профилактики неинфекционных заболеваний (НИЗ). Модель объединяет поддержку изменения поведенческих факторов риска НИЗ на уровне сообществ с изменениями в системе оказания первичной медико-санитарной помощи с целью стратификации и лечения пациентов с сердечно-сосудистым риском (ССР). Внедрение клинических протоколов привело к большему охвату целевого населения и улучшению стратификации населения по уровню ССР, выявлению и контролю факторов риска, а также выявлению артериальной гипертензии и сахарного диабета 2-го типа. Это также привело к улучшению организации медицинского обслуживания, распределения обязанностей между врачами и медсестрами, расширению роли медсестер в системе первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) и расширению участия мужчин в профилактике НИЗ.

Реагируя на растущее бремя неинфекционных заболеваний

В Узбекистане риск преждевременной смерти (среди населения в возрасте 30-69 лет) от четырех основных групп НИЗ составляет примерно 31%; ведущей причиной смертности являются сердечно-сосудистые заболевания. Четверть взрослых в возрасте 18-64 лет и почти треть взрослых в возрасте 40-64 лет подвергаются высокому риску инфаркта или инсульта в течение ближайших 10 лет. Мужчины особенно подвержены сердечно-сосудистому риску, учитывая употребление ими табака и вредное употребление алкоголя. В целом, мужчины имеют тенденцию недостаточно использовать медицинские услуги; артериальное давление этой групп населения контролируется также недостаточно. Хотя в Узбекистане на протяжении многих лет реализуются программы укрепления здоровья и профилактики заболеваний, все еще остается нерешенным ряд проблем, особенно связанных с переориентацией медицинского обслуживания в ПМСП с лечения на профилактику, а также с организацией предоставления медицинской помощи, нацеленной на выявление и лечение пациентов с высоким ССР, особенно среди мужчин. Среди проблем также недостаточный охват услугами здравоохранения, недостаточное внедрение "наиболее выгодных решений" ВОЗ - основанных на фактических данных и экономически эффективных рекомендаций в отношении НИЗ, - и частая недостаточная загруженность медсестер.

Ключевые наблюдения

- Расширение независимой роли медсестер требует систематического подхода, в том числе изменений в нормативно-правовой базе.
- Система внутреннего и внешнего поддерживающего кураторства является важным элементом непрерывного повышения качества оказываемой медицинской помощи.
- Мотивация и возможность сопоставления результатов работы команды являются важными аспектами укрепления приверженности медицинских работников повышению качества своей работы.
- Активное вовлечение пациентов в планы лечения вместе с медицинскими работниками может способствовать изменению поведения пациентов и снижению факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний.
- Межсекторальное сотрудничество в целях улучшения показателей здоровья является ключевым фактором повышения информированности общественности и продвижения программ охраны здоровья на уровне сообществ.

Профилактика НИЗ в ПМСП

В сентябре 2015 года в двух областях Узбекистана были определены восемь учреждений ПМСП для экспериментального внедрения нового подхода с использованием пакета ВОЗ основных вмешательств в отношении неинфекционных заболеваний (WHO PEN) для ПМСП и системы непрерывного повышения качества оказываемых медицинских услуг. Для использования в Узбекистане были адаптированы Протоколы WHO PEN для выявления и лечения пациентов с высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний, а также, в последнее время, Протокол 3 по ведению случаев хронических респираторных заболеваний.

При внедрении протоколов PEN в повседневную практику основное внимание уделялось созданию потенциала учреждений ПМСП путем подготовки специалистов в команде и обновления клинических протоколов, а также путем внедрения механизмов поддерживающего кураторства для осуществления мониторинга и оценки эффективности работы команды, а также для повышения качества медицинских услуг. Это потребовало значительных изменений в организационной структуре оказания медицинской помощи.

- Учитывая высокую нагрузку врачей общей практики (ВОП), совместная работа ВОП и медсестер была оптимизирована путем четкого разграничения и делегирования обязанностей, а также расширения роли медсестер.
- Прикрепленными участками для врачей и медсестер являются местные общины (махали). Для определения целевой группы взрослых в возрасте 40 лет и старше, а также для выявления пациентов, не пришедших в медицинское учреждение для проведения оценки ССР в указанный день, использовались реестры пациентов.
- В местах ожидания в учреждениях ПМСП медсестры организовали доврачебные пункты осмотра и задавали пациентам вопросы о факторах риска; измеряли рост, вес и артериальное давление; рассчитывали индекс массы тела и затем направляли пациента к ВОП.
- Медсестры также использовали вопросники для выявления факторов риска во время домашних визитов.
- Для облегчения планирования и контроля первых и последующих визитов пациентов с учетом уровня ССР, медсестры начали вести журналы планирования и охвата оценкой ССР и фактических посещений пациентов.
- Для облегчения отслеживания состояния здоровья пациента были разработаны индивидуальные планы ведения пациента, которые прилагаются к амбулаторным медицинским картам и, по возможности, предоставляются пациентам, чтобы они могли более активно участвовать в заботе о собственном здоровье.
- Медицинские учреждения были преобразованы в поликлиники, в которых анализ крови и анализ на холестерин предоставляются пациентам бесплатно; результаты анализов готовы в течение нескольких часов.
- Было разработано программное приложение для оценки и управления ССР, стратификации рисков, отслеживания показателей качества и оценки результатов; приложение интегрируется в информационную систему оказания амбулаторных услуг.
- Национальные и местные команды координаторов внедрения регулярно посещали медицинские клиники в пилотных районах для предоставления поддерживающего кураторства, а также для обеспечения мониторинга и оценки с использованием подхода, включающего аудит медицинских карт пациентов, наблюдение за клинической практикой, проведение интервью с персоналом и пациентами, предоставление обратной связи врачам/медперсоналу, и предложения по улучшению качества обслуживания.
- Показатели мониторинга и оценки ССР были включены в национальные руководящие принципы.

Медсестра проводит оценку ССР пациента с использованием инструментов PEN, Семейная поликлиника № 1 города Маргилана



©Европейское региональное бюро ВОЗ

¹ Преподаватель кафедры повышения квалификации врачей общей практики, Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан

² Преподаватель кафедры общественного здоровья, экономики и управления здравоохранением, Ташкентский институт усовершенствования врачей, Ташкент, Узбекистан

³ Координатор, Отдел неинфекционных заболеваний и укрепления здоровья на всех этапах жизни, Европейское региональное бюро ВОЗ

⁴ Национальный сотрудник по НИЗ и укреплению здоровья на всех этапах жизни, СО ВОЗ в Узбекистане, Европейское региональное бюро ВОЗ

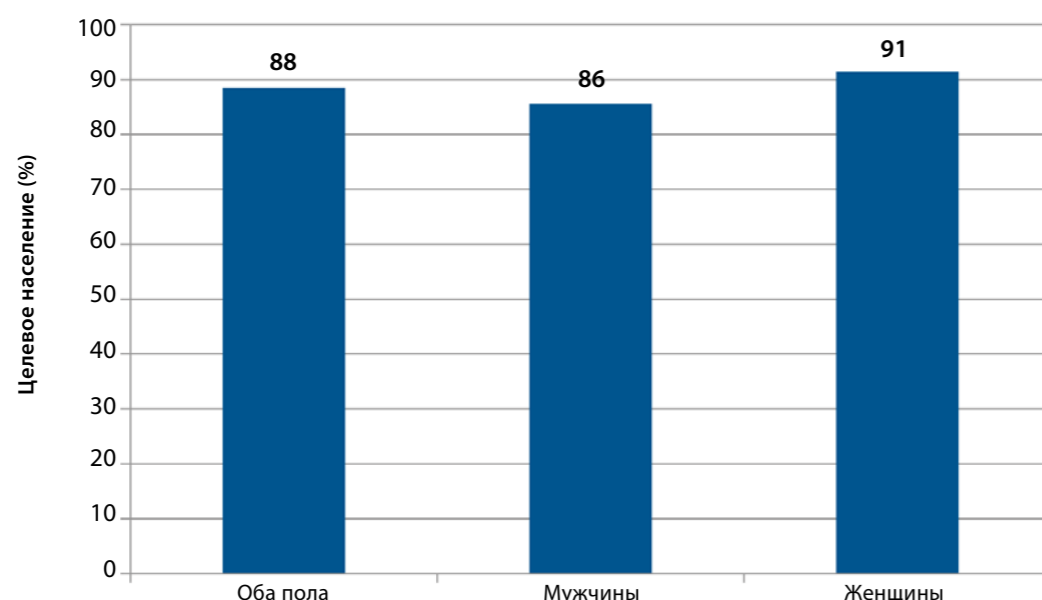
журналистов и другие ключевые заинтересованные стороны для мобилизации инициатив по укреплению здоровья. Примеры работы включают широкомасштабные информационные просветительские кампании для всего населения, мероприятия по укреплению здоровья для молодежи, скрининг на факторы риска развития НИЗ, а также инициативы, направленные на помощь населению в выборе здорового образа жизни.

Воздействие

С внедрением новых клинических протоколов возросла роль профилактических мероприятий. Медицинские работники начали уделять больше внимания оценке риска с использованием подхода на основе оценки общего ССР; улучшился охват пациентов в возрасте 40 лет и старше.

Спустя год в восьми пилотных учреждениях оценка риска была проведена 32 052 пациентам, с почти 80%-ным охватом пациентов старше 40 лет скринингом на кардио-метаболический риск. Анализ данных трех пилотных учреждений об охвате оценкой риска пациентов по гендерному признаку показывает высокий уровень охвата мужчин (86%), практически равный уровню охвата женщин (рис.1).

Рисунок 1. Охват оценкой ССР у взрослых в возрасте 40 лет и старше (целевое население) в трех пилотных районах



Источник: база данных трех пилотных центров ПМСП в Ферганской области.

Другие результаты экспериментального проекта включают:

- почти 50%-ное увеличение числа пациентов с вновь выявленной артериальной гипертензией (с 1416 до 2039 зарегистрированных случаев) и диабетом 2 типа (с 175 до 272 зарегистрированных случаев);
- увеличение на 65% (с 54,2% до 89,6%) доли пациентов с артериальной гипертензией или диабетом 2 типа, которым назначено лечение в соответствии с протоколами WHO PEN;
- увеличение на 63% (с 28,9% до 47,2%) доли пациентов в возрасте 40 лет и старше с диабетом 2 типа или артериальной гипертензией и одновременно высоким уровнем холестерина в крови (выше 8 ммоль/л) и/или высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний, которым назначены статины;
- улучшение качества и эффективности консультирования пациентов медицинскими работниками по факторам риска НИЗ и ведению здорового образа жизни;
- увеличение полноты клинических осмотров врачами в соответствии с протоколом;
- увеличение использования медицинских услуг мужским населением для прохождения оценки ССР в учреждениях ПМСП (предмет серьезной озабоченности ранее);
- повышение удовлетворенности пациентов качеством оказываемой помощи, поскольку врачи проявляют больше ответственности за здоровье своих пациентов;
- повышение доверия к медсестрам и расширение их возможностей в рамках своих расширенных обязанностей;
- расширение распределения обязанностей между врачами и медсестрами, а также содействие принятию решений всей командой.

Извлеченные уроки

- **Расширение независимой роли медсестер потребовало систематического подхода, в том числе изменений в нормативно-правовой базе.** Процесс внедрения новых клинических протоколов проходил непросто; при выполнении своих новых обязанностей медсестры сталкивались со многими барьерами. Необходимо было пересмотреть нормативно-правовую базу, затрагивающую работников ПМСП. Участие главной медсестры в работе национальной руководящей группы, по-видимому, оказало решающее значение. Теперь медсестры имеют право и возможность расширить свою роль в лечебном процессе; например, они могут поставить рабочий диагноз, такой как высокое артериальное давление, и рекомендовать варианты лечения. Медицинские работники прошли подготовку по стандартным видам лечения, включающую внутрикомандный обмен накопленным опытом.
- **Система внутреннего и внешнего поддерживающего кураторства является важным элементом непрерывного повышения качества оказываемой медицинской помощи.** Регулярные мониторинговые визиты руководителей национального, регионального и районного уровней, а также внутренние аудиты качества, которые обеспечивали конструктивную обратную связь, привели к выявлению и своевременному решению многих проблем. Эта практика должна продолжаться с акцентом на усиление самоконтроля для решения проблем с использованием новых протоколов в повседневной практике. Такой подход будет полезен для распространения опыта, полученного в рамках экспериментального проекта, в масштабах всей страны.
- **Мотивация и способность сопоставления результатов работы команды являются важными аспектами укрепления приверженности медицинских работников повышению качества своей работы.** Повышению удовлетворенности медицинских работников и улучшению качества медицинской помощи способствовали несколько факторов. Этими факторами были распространение опыта экспериментальных медицинских учреждений, представление результатов работы команды на региональном и национальном уровнях, вовлечение общин в оценку эффективности каждой команды и совместная работа с лидерами общин для достижения общих целей. Необходимо отметить мотивацию среднего медицинского персонала, осознающего свой вклад в общее дело и важность своей роли в улучшении работы учреждений ПМСП.
- **Активное вовлечение пациентов в планы лечения вместе с медицинскими работниками может способствовать изменению поведения пациентов и снижению факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний.** Пациенты, участвующие в принятии решения о том, когда и как они смогут понизить ССР, с большей вероятностью успешно изменят свое поведение. Медицинским работникам важно контролировать процесс достижения пациентом своей цели и вовлекать в этот процесс членов семьи пациента.
- **Межсекторальное сотрудничество в целях улучшения показателей в отношении здоровья является ключевым фактором повышения информированности общественности и продвижения программ охраны здоровья на уровне сообществ.** Результаты реализации инициативы "Здоровая жизнь" показали, что, когда сектор здравоохранения взаимодействует с заинтересованными сторонами - органами местной власти, правительственным сектором, местными общинами, женскими комитетами, молодежными лидерами и религиозным сообществом - вероятность успеха возрастает. Такое взаимодействие поддерживает усилия сектора здравоохранения, особенно в плане увеличения числа мужчин, посещающих программы скрининга на НИЗ.

Выражение признательности

Проект финансировался Министерством здравоохранения Узбекистана, Всемирным банком (Проект "Совершенствование системы здравоохранения (Здоровье-3)"), Европейским региональным бюро ВОЗ, а также за счет гранта, предоставленного Правительством Российской Федерации через Европейский офис ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними.

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

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: eucontact@who.int
Веб-сайт: www.euro.who.int