



Всемирная организация

здравоохранения

Европейское региональное бюро

СТРАНОВОЙ
ОБЗОР

АЗЕРБАЙДЖАН

Преобразование системы
первичной медико-
санитарной помощи во
время пандемии

ПРИМЕНЕНИЕ КОЛЛЕКТИВНОГО ПОДХОДА ДЛЯ РАЗРАБОТКИ УЛУЧШЕННОЙ МОДЕЛИ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ В УДАЛЕННЫХ СЕЛЬСКИХ РАЙОНАХ

Авторы: **Kevser Vatansever** (консультант по общественному здравоохранению), **Mehmet Akman** (консультант по семейной медицине), **Ayla Alasgarova** (консультант, страновой офис ВОЗ в Азербайджане), **Halil İbrahim Durak** (технический специалист по укреплению систем здравоохранения, страновой офис ВОЗ в Азербайджане), **Hande Harmancı** (представитель ВОЗ в Азербайджане), **Зульфия Пирова** (технический специалист, Европейский центр ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи), **José Cerezo** (специалист по анализу политики здравоохранения, Европейский центр ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи и Барселонский офис ВОЗ по финансированию систем здравоохранения)



МОТИВАЦИЯ

Процесс преобразования системы первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в целях повышения качества и доступности ее услуг выигрывает от проведения оценки приоритетов здравоохранения и потребностей в обучении работников ПМСП с применением коллективного подхода. Равноценно важно оценить отношение населения к системе первичной медико-санитарной помощи, ожидания, предъявляемые к этой системе, и мнения о ней — важные факторы, влияющие на доступ к услугам и их использование (1).

Коллективный подход, предполагавший привлечение населения и работников здравоохранения к оценке потребностей в области здравоохранения и определению структуры обслуживания, применялся в Шемахинском районе (106 тыс. населения) Азербайджана в контексте комплексного проекта развития ПМСП (PROACT-Care). Целью проекта было укрепить систему ПМСП в качестве меры реагирования на спровоцированные пандемией COVID-19 перебои в оказании основных медико-санитарных услуг. На основе проекта также будет испытана новая модель работы ПМСП, которую в перспективе можно будет внедрить в масштабах всей страны. С помощью коллективного восходящего подхода были получены знания для принятия действий с учетом местных приоритетов (2), процессов и перспектив.

ОКАЗАНИЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В СЕЛЬСКИХ РАЙОНАХ

Система здравоохранения Азербайджана основана на модели Семашко: (3) амбулаторные учреждения (поликлиники) оказывают как первичную медико-санитарную помощь, так и специализированную амбулаторную помощь. Помимо поликлиник в систему ПМСП входят сельские фельдшерско-акушерские пункты и амбулатории деревень и поселков городского типа. В сельских фельдшерско-акушерских пунктах не имеющие квалификации врача работники здравоохранения оказывают населению первичную помощь, обслуживая примерно 500–1500 человек. Врачебные амбулатории деревень и поселков городского типа укомплектованы терапевтом (специалист по внутренним болезням, обслуживающий взрослое население), педиатром, акушеркой, медсестрой и/или фельдшером. В задачи учреждений данного типа входит ведение наиболее распространенных заболеваний, дородовая помощь и основные профилактические услуги, включая иммунизацию. Как правило, амбулатория обслуживает 2500–4000 человек. Сельские больницы обслуживают население на базе амбулаторных отделений и предлагают акушерские, лабораторные и стоматологические услуги. После введения обязательного медицинского страхования в начале 2020 г. все сельские больницы были преобразованы в учреждения первичной медико-санитарной помощи, а оказанием стационарной помощи занимаются центральные районные больницы.

На сегодняшний день неудовлетворительное состояние инфраструктуры, нехватка медицинского оборудования, дефицит работников здравоохранения и отсутствие профессиональной подготовки отрицательно влияют как на охват ПМСП, так и на ее качество. Большинство учреждений ПМСП не подключено к централизованному водоснабжению. Проблема дефицита врачей в сельской местности под влиянием низкой заработной платы и отсутствием замены вышедшим на пенсию специалистам только усугубляется. Поэтому сегодня учреждения здравоохранения первичного звена здравоохранения и первичная медико-санитарная помощь в сельской местности либо не работают, либо редко используются населением.

ОЦЕНКА СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СООТВЕТСТВИИ С ПРИНЦИПОМ КОЛЛЕКТИВНОГО ПОДХОДА

В целях укрепления системы ПМСП в сельской местности с применением коллективного подхода были проведены оценки данного типа помощи с привлечением двух различных групп респондентов (работники ПМСП и население в целом).

Была сформирована координационная группа, в которую вошли представители всех учреждений здравоохранения, финансовых и образовательных учреждений, связанных с оказанием ПМСП в Азербайджане, а также представители местных (районных) органов власти. Это помогло привлечь к участию в оценках широкие слои населения.

1. Фокус-группы с участием работников ПМСП

Целью фокус-групп с участием работников первичного звена медико-санитарной помощи было выявить приоритетные проблемы соответствующей области здравоохранения и подготовить описание необходимых знаний и навыков, для того чтобы на основе всей полученной информации разработать значимые и качественные меры вмешательства.

Всего в семи фокус-группах приняли участие 42 работника системы здравоохранения (врачи, медсестры, акушерки и фельдшеры), что соответствует 47% общего числа медицинских работников 27 учреждений ПМСП Шемахинского района. В выборку стремились включить медицинских специалистов всех типов; к участию в фокус-группах удалось привлечь достаточное количество специалистов.

Обсуждениями руководили два ведущих, которые опирались на полуструктуррированное руководство (4) из девяти вопросов, дополненных 2–7 наводящими вопросами. В качестве критериев стратификации использовались: проживание в городской/сельской местности и специализация работника здравоохранения. Обсуждение проводили два исследователя в присутствии местного менеджера проекта, который выступал в качестве наблюдателя и способствовал предупреждению недопонимания, а также фиксировал вербальную и невербальную коммуникацию.

Наряду с количественными данными проводился сбор качественных показателей. Участникам были выданы бланки с перечнем медико-санитарных услуг, связанных с неинфекционными заболеваниями, здоровьем матерей, новорожденных и детей. Было предложено определить приоритетность перечисленных услуг, оценить компетентность специалистов, оказывающих эти услуги, и указать, смогли бы они оказать эти услуги при соответствующей подготовке.

Изначально участники фокус-групп отнеслись к этому заданию, как к тесту или проверке. Ведущие заверили участников, что целью задания является повышение качества услуг в соответствующей области. Участники быстро преодолели первоначальное замешательство.

2. Организация фокус-групп и телефонных опросов населения Шемахинского района в целях анализа потребностей и возможностей участия в процессе преобразования системы ПМСП

Вовлечение местного населения считалось крайне важной частью всего проекта, который проводился в Шемахинском районе — типичном сельском районе страны.

Фокус-группы были организованы как средство выдвижения гипотез относительно специфики вовлечения местного населения (5) и поиска оригинальных идей, тем и концепций, которые можно применить в ходе составления опроса.

Организацию мероприятий взяли на себя местные органы власти, а сами обсуждения проводили консультанты, прошедшие специальную подготовку. Использовалось полуструктурированное тематическое руководство, включавшее 14 вопросов и дополнительные наводящие вопросы. В общей сложности при поддержке ЮНИСЕФ было проведено шесть фокус-групп, участники которых распределялись по таким категориям, как пол, проживание в городской или сельской местности и наличие поблизости учреждений здравоохранения.

Результаты фокус-групп использовались для составления опросника, с помощью которого в феврале 2020 г. был проведен телефонный опрос. В ходе опроса получены данные 300 респондентов: 100 респондентов из городов и 200 из 31 деревни.

Таблица 1. Примерные вопросы фокус-группам

1 Что вы думаете о текущей ситуации в области здравоохранения по месту вашего жительства?

За последние пять лет ситуация улучшилась или ухудшилась? Если да, то как именно?

Как вы считаете, что является причиной большинства проблем в области здравоохранения в вашей местности?

Кто пользуется местным семейным медицинским центром/сельским медицинским пунктом? Когда и почему используются их услуги? Кто не пользуется местным семейным медицинским центром/сельским медицинским пунктом? Почему они не пользуются их услугами?

2 Как вы получаете информацию об услугах здравоохранения? (Подсказка: к возможным способам относятся сарафанное радио, газеты, онлайн-источники и т. п.).

3 Как бы вы описали отношения между поставщиками услуг здравоохранения и населением в вашей местности? Что можно сделать, чтобы улучшить эти отношения?

4 Кто помимо поставщиков медицинской помощи вносит наибольший вклад в сохранение здоровья жителями вашей местности? (Подсказка: это могут быть семья, учителя, поставщики социальных услуг, НПО, общирные работники, работодатели и любые другие представители местного населения.)

ВЫВОДЫ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ФОКУС-ГРУПП ДЛЯ РАБОТНИКОВ ПМСП

Приоритетным является повышение осведомленности о понятии ПМСП и ее возможностях. Участники не вполне ориентировались в понятии «первичная медико-санитарная помощь», систему которой они чаще всего воспринимали как «первую помощь». Активно приветствовалась возможность преобразования этой системы в эффективную и быстро реагирующую медико-санитарную помощь, которая носит более комплексный характер и является звеном первичного контакта для пациентов. В то же время участники обозначили как приоритетные такие аспекты ПМСП, как доступность и скоординированность, и подчеркнули их первоочередное значение.

Расширение круга задач и компетенций всех работников ПМСП играет решающую роль в повышении скорости реагирования и эффективности ПМСП. Сегодняшнюю ПМСП можно сравнить с дорожной полицией: ее функции сводятся к простейшей сортировке и направлению пациентов с неинфекционными заболеваниями к профильным специалистам. Терапевты не занимаются популяризацией здорового образа жизни и профилактикой болезней и не принимают активного участия в ведении хронических заболеваний. Так, терапевт не считает, что в его должностные обязанности входит оценка ЭКГ, предполагая, что назначать ЭКГ и интерпретировать ее результаты должны только кардиологи. Работа медсестер и фельдшеров в основном сводится к вакцинации, введению лекарственных препаратов и базовой неотложной помощи. Как правило, работники здравоохранения, не имеющие статус врача, не осматривают детей и беременных женщин и даже не проводят антропометрические измерения и оценку рисков путем сбора анамнеза. Медсестры сообщали, что в течение пяти последних лет наблюдается рост недоверия к вакцинации, и отмечали необходимость освоения методов борьбы с этой тенденцией.

Работники ПМСП назвали приоритетными направлениями работы борьбу с неинфекциоными заболеваниями, иммунизацию и охрану здоровья матерей, новорожденных и детей. Обсуждение в фокус-группах перечня приоритетных услуг ПМСП показало, что и врачи, и медицинские работники среднего звена считают наиболее важными задачами проведение антропометрических измерений, применение инструментов оценки риска и расширение возможностей самопомощи при наличии у пациента неинфекционного заболевания. Среди услуг в области охраны здоровья матерей, новорожденных и детей наиболее важными для респондентов оказались иммунизация, наблюдение за здоровым ребенком и планирование семьи.

Крайне важно повысить качество инфраструктуры и оснащения учреждений ПМСП. В ходе обсуждения были упомянуты неожиданные потребности, не включенные в первоначальный список тем. Несмотря на то что главной темой обсуждения были потребности в обучении работников ПМСП, участники всех групп отдельно отметили необходимость существенно улучшить инфраструктуру зданий, а также такие проблемы, как отсутствие водопроводной воды, отопления, бесперебойного электроснабжения и общественного транспорта. В некоторых населенных пунктах медицинские работники за собственные средства делали ремонт, а в некоторых вели прием на дому. Наблюдается дефицит работников здравоохранения, а принадлежность основной доли персонала к старшим возрастным категориям ставит под угрозу укомплектованность системы ПМСП кадрами. Как правило, пункты первичной медико-санитарной помощи оснащены самой базовой мебелью, а используемые работниками сфигмоманометры и стетоскопы являются собственностью самих работников.

«КОЛЛЕКТИВНЫЙ ПОДХОД ПОЗВОЛИЛ СОПОСТАВИТЬ МНЕНИЯ РАБОТНИКОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕСТНОГО НАСЕЛЕНИЯ И ПО ИТОГАМ ПОЛУЧЕННЫХ ЗНАНИЙ ПЕРЕОЦЕНИТЬ И ОПРЕДЕЛИТЬ НОВЫЕ ПАРАМЕТРЫ УСЛУГ ПМСП.»

ВЫВОДЫ ПО ИТОГАМ ФОКУС-ГРУПП С УЧАСТИЕМ ШИРОКИХ СЛОЕВ НАСЕЛЕНИЯ И ТЕЛЕФОННЫХ ОПРОСОВ О ПОТРЕБНОСТЯХ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Представители местного населения в качестве наиболее важных проблем отметили ненадлежащее обеспечение водоснабжением, неудовлетворительное питание, недостаточную развитость инфраструктуры и отсутствие маршрутов общественного транспорта около ближайшего медицинского учреждения.

Респонденты упоминали о недоверии к медицинским работникам, их недостаточной квалификации и редком обращении за услугами ПМСП. Все это говорит о том, что отношения между работниками ПМСП и местным населением могли бы быть значительно лучше.

Первые результаты телефонного опроса, посвященного вовлеченности местного населения, выявили низкий уровень участия в общинах мероприятиях и, возможно, низкий уровень доверия местного населения друг к другу. Основным источником сведений о местных событиях и здравоохранении было телевидение. Более половины опрошенных мужчин сообщили, что заинтересованы в ведении здорового образа жизни и участии в спортивных группах. Респонденты часто взаимодействуют с системой здравоохранения. Так, половина респондентов из сел и города Шемахы сообщили, что посещали медицинские учреждения за последние один-шесть месяцев.

Отмеченные местным населением потребности и приоритеты в значительной степени зависели от их пола, места жительства (сельской местности или города) и возраста. И мужчины, и женщины упоминали о негативном влиянии на здоровье некачественных пищевых продуктов и ненадлежащего питания. В то же время фокус-группы, состоявшие из мужчин, не сообщали о проблемах водоснабжения. Женщины, выполняющие основную часть работы по обеспечению семьи водой, говорили о проблемах водоснабжения и их отрицательном влиянии на здоровье. Участники фокус-групп из сельской местности назвали неразвитость инфраструктуры, включая плохие дороги, отсутствие мостов и общественного транспорта и/или возможности оплатить транспорт важными факторами, препятствующими доступу к услугам здравоохранения. Более молодые участники фокус-групп реже озвучивали недовольство или высказывали негативное мнение.

**«ПРИВЛЕЧЕНИЕ МЕСТНОГО НАСЕЛЕНИЯ К ОЦЕНКЕ
ПОТРЕБНОСТЕЙ ПОМОГАЕТ ОТКАЗАТЬСЯ ОТ
СУГУБО БИОМЕДИЦИНСКИХ ПОДХОДОВ К ОХРАНЕ
ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ, ЗАМЕНИВ ИХ
РЕШЕНИЯМИ, ВЛИЯЮЩИМИ НА БОЛЕЕ ШИРОКИЙ
СПЕКТР ДЕТЕРМИНАНТ ЗДОРОВЬЯ.»**

ПЕРВЫЕ ДОСТИЖЕНИЯ

С учетом результатов фокус-групп, посвященных потребностям в обучении, организованы программы профессиональной подготовки. Обсуждение перечня приоритетных услуг ПМСП показало, что и врачи, и медицинские работники среднего звена считают наиболее важными задачами проведение антропометрических измерений, применение инструментов оценки риска и расширение возможностей самопомощи при наличии у пациента неинфекционного заболевания. Среди услуг в области здоровья матерей, новорожденных и детей наиболее важными для респондентов оказались иммунизация, наблюдение за здоровым ребенком и планирование семьи. С учетом полученных результатов в феврале и марте 2021 г. были организованы две программы подготовки — по кардиометаболическим факторам риска и лечению гипертензии работниками ПМСП и по консультированию родителей о вакцинации. Оба курса посетило в общей сложности 61 из 89 работников ПМСП. В рамках процесса было составлено шесть национальных протоколов по ведению неинфекционных заболеваний и по охране здоровья матерей, новорожденных и детей.

Отдельное внимание уделено необходимому обновлению инфраструктуры и оборудования, внедрены первые решения. Одной профессиональной подготовки недостаточно для повышения уровня квалификации работников здравоохранения. Поскольку практическое применение полученных знаний невозможно без соответствующих инструментов, каждый из 61 слушателя курсов получил сумку с набором базовых медицинских приборов. Каждое учреждение ПМСП получило набор диагностических приборов и средств оказания медицинской помощи (весы для новорожденных, аппарат ЭКГ, глюкометры и т. д.). Кроме того, для обслуживания населения труднодоступных районов с неразвитой инфраструктурой были организованы и приступили к работе три мобильные клиники, оснащенные как учреждения ПМСП. Закуплено два дополнительных полноприводных автомобиля для поездок в отдаленные деревни, доступ к которым затруднен по причине неудовлетворительного состояния дорог.

Составлен план действий в связи с охраной здоровья местного населения. На основании ключевых выводов по итогам фокус-групп и телефонного опроса о вовлечении местного населения был составлен и рассмотрен совместно с заинтересованными сторонами план активного вовлечения местного населения в мероприятиях по охране здоровья на 2021 год. Среди предлагаемых мероприятий — меры борьбы с гипертензией на уровне местного населения, создание общинных групп здоровья и формирование в Шемахинском районе структуры, которая будет заниматься вопросами улучшения здоровья населения.

Программа профессиональной подготовки и структура оказания услуг определялись с учетом обусловленных сложившейся ситуацией нужд и факторов. Опасения, ожидания и приоритеты участников позволили получить представление об особенностях местных условий. При обсуждении потребностей в обучении отмечено, что стало отражением уникальных местных обстоятельств и подтолкнуло исследователей к поиску нестандартных решений. Результаты побудили проектную группу разработать при поддержке местных и национальных специалистов индивидуальный план обучения местных работников здравоохранения.



ОБЕСПЕЧЕНИЕ УСТОЙЧИВОСТИ И СЛЕДУЮЩИЕ ШАГИ

Оценка системы здравоохранения Шемахинского района позволила выяснить, в каких знаниях нуждаются работники здравоохранения и насколько активно местное население участвует в заботе о собственном здоровье.

Реализацию мер, связанных с удовлетворением потребностей работников здравоохранения в обучении, можно разбить на следующие этапы:

- подготовка заинтересованных и компетентных работников ПМСП Шемахинского района в качестве местных инструкторов и должностных лиц, осуществляющих мониторинг;
- налаживание процесса постоянного улучшения на основе мониторинга;
- обучение работников ПМСП применению знаний на практике;
- разработка клинических рекомендаций для работников ПМСП, в первую очередь для приоритетных нужд.

Решающую роль в распространении и обеспечении устойчивости модели оказания услуг ПМСП играет расширение возможностей местных работников ПМСП по обучению коллег на рабочем месте и отслеживанию эффективности вмешательств.

Устойчивое вовлечение местного населения зависит от повышения качества и доступности услуг ПМСП. Как показывают первые результаты, потребности таких групп, как женщины и мужчины, молодое и пожилое население, неодинаковы. Организации мероприятий по охране здоровья местного населения, которые бы способствовали повышению активности местных жителей, по-прежнему препятствует пандемия COVID-19.

ИЗВЛЕЧЕННЫЕ УРОКИ

- 1. В целях принятия наиболее подходящих мер приоритеты местного населения в отношении здоровья и потребности работников ПМСП должны оцениваться с помощью коллективного подхода**, предполагающего привлечение местного населения и медицинских работников.
- 2. Мероприятия по вовлечению местного населения и оценка потребностей медицинских работников в обучении должны носить всеобъемлющий характер**, то есть первые должны охватывать все группы населения с учетом особенностей их восприятия, и вторая – все категории работников здравоохранения.
- 3. Результаты оценок и анализа коллективного подхода указывают на то, что стандартные мероприятия, заблаговременно разработанные внешними экспертами, как правило, неэффективны.** Их следует заменять мерами, которые разрабатываются и реализуются при участии местного населения и местных специалистов.
- 4. Выделенные в качестве приоритетных потребности местного населения относились скорее к социальным детерминантам здоровья, чем к биомедицинским аспектам.** Поэтому привлечение местного населения к оценке потребностей помогает отказаться от сугубо биомедицинских подходов к охране общественного здоровья, заменив их решениями, влияющими на более широкий спектр детерминант здоровья.
- 5. Коллективный подход позволил сопоставить мнения работников здравоохранения и местного населения и по итогам полученных знаний переоценить и определить новые параметры услуг ПМСП.** В основу этой работы легли анализ общих трудностей и совместное обучение как средство налаживания доверия. Главным преимуществом коллективного подхода является возможность получить знания, необходимые для дальнейших действий (2), что поможет добиться устойчивости за счет привлечения местных ресурсов и местного населения.
- 6. Оценки и планирование с опорой на коллективный подход требуют огромных усилий и временных затрат.** Разработать инструменты и методы с учетом местной специфики сложно, но этот подход оправдывает затраченные усилия, поскольку позволяет более глубоко изучить местные условия. Налаживание связи с местным населением и работниками здравоохранения зависит в первую очередь от местных органов власти.



АЗЕРБАЙДЖАН

Преобразование системы
первичной медико-
санитарной помощи во
время пандемии

ВЫРАЖЕНИЕ ПРИЗНАТЕЛЬНОСТИ

Авторы благодарят перечисленных далее специалистов, помогавших в реализации мероприятий проекта и составлении настоящего отчета:

Tahir Mammadov, глава исполнительной власти Шемахинского района; **Teymur Musayev**, исполняющий обязанности министра здравоохранения Азербайджанской Республики, первый заместитель министра здравоохранения; **Ramin Bayramli**, председатель правления Объединения по управлению территориальными медицинскими подразделениями (ТЭВИБ); **Anar Israfilov**, глава департамента по организации услуг здравоохранения, Министерство здравоохранения; **Firengiz Aliyeva**, глава департамента медицинских услуг ТЭВИБ; **Ramin Agayev**, заведующий отделом международного сотрудничества и протокола ТЭВИБ; и **Ehtiram Rustamzade**, директор Центральной больницы Шемахинского района, ТЭВИБ.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Integrating stakeholder and community engagement in quality of care initiatives for maternal, newborn and child health. Geneva: World Health Organization; 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/333922>, по состоянию на 1 июля 2021 г.).
2. Taking a participatory approach to development and better health: examples from the Regions for Health Network. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/taking-a-participatory-approach-to-development-and-better-health-examples-from-the-regions-for-health-network-2015>, по состоянию на 1 июля 2021 г.).
3. Ibrahimova F, Ibrahimov A, Kehler J, Richardson E. Azerbaijan: health system review. Health Syst Transition. 2010;12:1–117.
4. Onwuegbuzie AJ, Dickinson WB, Leech NL, Zoran AG. A qualitative framework for collecting and analyzing data in focus group research. Int J Qual Methods. 2009;8:1–21.
5. WHO community engagement framework for quality, people-centred and resilient health services. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/259280>, по состоянию на 1 июля 2021 г.).