

ОЦЕНКА ПОТРЕБНОСТЕЙ НА МЕСТАХ
И ЕЕ ПОСЛЕДСТВИЯ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ
ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ



ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЕВРОПЕЙСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ БЮРО
КОПЕНГАГЕН

ЗАДАЧА 30

КОММУНАЛЬНЫЕ СЛУЖБЫ ДЛЯ ЛЮДЕЙ С ОСОБЫМИ НУЖДАМИ И ПОТРЕБНОСТЯМИ

К 2000 г. во всех государствах-членах люди, нуждающиеся в долгосрочном медицинском обслуживании и поддержке, должны иметь доступ к соответствующим высококачественным службам.

Данный отчет издан на английском, немецком, русском и французском языках, и Европейское региональное бюро ВОЗ оставляет за собой все права, связанные с настоящим документом. Тем не менее его можно свободно рецензировать, реферировать, воспроизводить или переводить на любой другой язык. Не разрешается лишь продажа документа, либо иное его использование в коммерческих целях. На название и эмблему ВОЗ распространяются соответствующие положения об охране авторских прав, и они не могут быть использованы без соответствующего разрешения на перепечатках или переводах настоящего документа. Всю ответственность за любые взгляды, выраженные в подписанных авторами статьях, несут сами авторы. Региональное бюро будет признательно, если ему будут представлены три экземпляра любого перевода данного отчета.

E: 43616

EUR/ICP/RHC 340

0873A

ОРИГИНАЛ: АНГЛИЙСКИЙ

**ОЦЕНКА ПОТРЕБНОСТЕЙ НА МЕСТАХ
И ЕЕ ПОСЛЕДСТВИЯ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ
ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ**

Отчет о совещании ВОЗ

Иерусалим
27-30 октября 1991 г.

1993 г.

ЕРБ/ЗДВ задача 30

Р Е З Ю М Е

Потребности населения в первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) могут быть удовлетворены с учетом принципов справедливости только в том случае, если эти потребности известны. Европейское региональное бюро ВОЗ организовало совещание Рабочей группы с целью рассмотрения последствий, которые оценка потребностей населения в медицинском обслуживании на районном уровне может иметь для сектора первичной медико-санитарной помощи. Члены Группы обсудили полезную модель предоставления ПМСП с учетом потребностей обслуживаемых групп населения, что подразумевает проведение соответствующих программ на коммунальном уровне. Участники совещания выразили мнение, что именно на основе оценки потребностей должны выделяться необходимые ресурсы, определяться очередность проведения коммунальных программ здравоохранения и осуществляться их планирование и оценка. Что касается последнего аспекта, то участники совещания подчеркнули необходимость дальнейшей разработки модели цикла планирования и оценки коммунальных программ здравоохранения, ориентированных на удовлетворение потребностей обслуживаемых групп населения. И, наконец, члены Рабочей группы выработали рекомендации относительно распространения среди работников первичной медико-санитарной помощи информации о потребностях в медицинской помощи и программах медико-санитарного обслуживания на коммунальном уровне, потребностей персонала ПМСП в подготовке по вопросам оценки потребностей обслуживаемого населения и предоставления ПМСП с учетом этих потребностей, а также роли ВОЗ в содействии дальнейшему развитию системы, ориентированной на потребности населения ПМСП.

СОДЕРЖАНИЕ

	<u>Стр.</u>
Введение	1
Дискуссия	2
Распределение ресурсов	5
Оценка потребностей в коммунальных программах здравоохранения	7
Планирование и оценка коммунальных программ здравоохранения	11
Рекомендации	14
Приложение 1 Список участников	16

ВВЕДЕНИЕ

Заседание Рабочей группы по рассмотрению вопроса "Оценка потребностей населения на местах и ее последствия с точки зрения предоставления первичной медико-санитарной помощи" состоялось в Иерусалиме 24-30 октября 1991 г. Совещание Группы было организовано Европейским региональным бюро ВОЗ в сотрудничестве с Министерством здравоохранения Израиля. Список участников совещания приведен в Приложении 1.

Одним из основополагающих элементов первичной медико-санитарной помощи является ее предоставление с учетом принципов справедливости и потребностей обслуживаемого населения. Это требует проведения оценки состояния здоровья населения, проживающего в конкретной местности. Членам Рабочей группы было предложено сконцентрировать свое внимание на вопросах оценки состояния здоровья и потребностей населения на уровне районов или аналогичных территориально-административных единиц. Была подчеркнута важность определения методов, используемых для такой оценки, поскольку они могут отличаться от соответствующих методов, используемых на центральном уровне, или же их использование может не всегда выявлять подлинные потребности населения в медицинском обслуживании (во многом это зависит от того, кто определяет эти потребности и с какой целью). Таким образом, на районном уровне особую важность приобретают такие аспекты, как вовлечение потребителей в соответствующую работу и учет их требований. В связи с этим необходимо обеспечить надлежащее использование эпидемиологических подходов, а также всегда уделять самое пристальное внимание результатам предоставления медицинского обслуживания населению. Проведение соответствующих оценок особенно важно для групп высокого риска и уязвимых групп, поскольку они нуждаются в особом внимании, а также в особых формах предоставления медико-санитарной помощи. Ввиду вышеуказанного членам Рабочей группы было предложено рассмотреть прежде всего положение находящихся в неблагоприятном положении групп, а не большого числа групп,

подвергающихся той или иной опасности с медицинской точки зрения.

Перед участниками совещания была также поставлена задача определить способы более оптимального использования результатов оценки потребностей населения, а также рассмотреть стратегию предоставления медико-санитарной помощи с учетом приоритетов, определенных в результате таких оценок. В этой связи Рабочей группе было предложено провести обзор инициатив местных служб здравоохранения, а также рассмотреть предложения о проведении будущих проектов, касающихся медицинского обслуживания, предоставляемого врачами общей практики.

ДИСКУССИЯ

В начале дискуссии члены Рабочей группы рассмотрели:

- концепцию ПМСП, ориентированную на удовлетворение потребностей обслуживаемого населения (коммунальная ПМСП);
- примеры организации первичной медико-санитарной помощи с учетом потребностей обслуживаемого населения (Соединенное Королевство);
- опыт, касающийся ценности стратегии достижения здоровья для всех с точки зрения содействия развитию ПМСП в районе Истрия (Хорватия);
- подход, используемый в Израиле при предоставлении медико-санитарной помощи находящимся в неблагоприятном положении группам населения.

В частности, коммунальная ПМСП – это такая первичная медико-санитарная помощь, в которой обслуживание данного контингента населения в целом сочетается с обслуживанием отдельных лиц и семей. Важнейшей ее характеристикой является проведение коммунальных программ здравоохранения с четкими целями и мероприятиями, разработанных специально для того, чтобы на систематической основе удовлетворять

основные медико-санитарные потребности населения. Эти программы, которые являются одним из компонентов общего медицинского обслуживания отдельных лиц и семей, могут во многом отличаться по своему содержанию и целям. Результаты множества исследований показали эффективность такого рода ПМСП. Так, например, в Израиле в результате принятия такого подхода в отношении находящихся в неблагоприятном положении групп в городах детская смертность была снижена до среднерегионального показателя. В то же время следует отметить, что, хотя этот подход и может привести к определенной экономии финансовых средств, он не обязательно сможет стать полностью самокупаемым, особенно если соответствующие программы не направлены на работающие группы населения.

При развитии коммунальной ПМСП необходимо обратить внимание на ряд вопросов. Обслуживаемое население может быть определено различными способами. Основой для разработки и развития программ является эпидемиологический профиль данного контингента населения, а также информация о потребностях, как они определяются самим населением. Последнее, вместе с объективными данными, всегда следует принимать во внимание. Собранная информация имеет две основные функции, являясь основой для 1) выбора, определения очередности и разработки и проведения соответствующих программ и 2) мониторинга и оценки таких программ. Крайне важно обеспечить, чтобы такая информация надлежащим образом использовалась при разработке, проведении и оценке программ. На стадии планирования программы необходимо определить соответствующие цели, запланировать проведение соответствующих мероприятий, а также предусмотреть необходимость их мониторинга и оценки.

На предварительном этапе, когда основной задачей является изучение населения и определение медико-санитарных проблем, заслуживающих особого внимания, очень полезной может оказаться информация, получаемая от людей, проживающих и работающих в данном населенном пункте. Как правило, на последующем этапе возникнет необходимость в

проведении более подробных эпидемиологических исследований, посвященных выбранным проблемам. Несмотря на то, что собираемые на рутинной основе данные могут быть достаточными для выявления проблем и постановки приоритетов в отношении проведения практических мероприятий, для таких задач, как планирование, мониторинг и оценка программ, а также выделение ресурсов необходимы данные, относящиеся непосредственно к местному населению.

Участники совещания были разделены на три группы, и им было предложено разработать общие структурные принципы целевого медицинского обслуживания, предоставляемого врачами общей практики и бригадами первичной медико-санитарной помощи, которые можно было бы использовать в различных условиях и прежде всего в странах Центральной и Восточной Европы. Эта инициатива будет частью проекта ЕВРОПОМОЩЬ – одного из основных проектов Регионального бюро, работа в рамках которого ориентирована на решение относящихся к службам здравоохранения вопросов в этих государствах-членах. Группам было также предложено попытаться определить способы и направления работы районных служб здравоохранения в период, характеризующийся все большей нехваткой ресурсов и продолжающимися изменениями в обществе и, следовательно, в системах здравоохранения. И, наконец, группам было предложено рассмотреть механизмы включения такого компонента работы, как оценка потребностей в медицинском обслуживании в процесс формулирования программ ПМСР. Они рассматривали оценку потребностей населения в медицинской помощи как основу для:

- распределения ресурсов;
- оценки потребностей в конкретных местных программах здравоохранения на местах;
- планирования и оценки таких программ.

Каждой группе было также предложено рассмотреть механизмы претворения высказываемых идей в жизнь. Им должны были уделить особое внимание использованию существующих баз данных, потребностям в сборе новых данных,

примерам интересных проектов и извлеченным из них урокам, антропологическим методам, участию населения.

Распределение ресурсов

Распределение ресурсов можно рассматривать на национальном, региональном/областном, районном или подрайонном уровнях. Одна из групп в основном рассматривала первые два уровня. В ходе совещания были прежде всего рассмотрены количественно измеримые потребности, в то время как осязаемые и относительные проблемы были рассмотрены лишь вкратце.

Для целей распределения ресурсов достаточно имеющихся демографических данных, собираемых на рутинной основе. Эти данные могут касаться, например:

- детей в возрасте до 6 лет;
- детей и подростков в возрасте от 6 до 17 лет;
- взрослых в возрасте от 18 до 60 лет;
- женщин репродуктивного возраста;
- пожилых людей (старше 60 лет).

Для этой практики свойственно то преимущество, что ее легко применить во всех частях Региона. Также широко доступными являются статистические данные о смертности, которые могут оказаться весьма полезными. С другой стороны, получение статистических данных о заболеваемости связано с большими трудностями. Целевые ресурсы могут быть выделены для решения особых проблем (например в случае вспышки полиомиелита). Использование служб здравоохранения является еще одним ключевым фактором, который должен определять характер распределения ресурсов. В этой связи следует отметить, что достаточно легко может быть получена информация по таким аспектам, как время ожидания соответствующей медицинской помощи и охват населения прививками. Следует учитывать показатели, характеризующие наличие ресурсов здравоохранения

(например пропорциональное соотношение числа врачей к числу пациентов и числа больничных коек к числу населения).

Решения в отношении ресурсов – это, как правило, решения относительно перераспределения имеющихся бюджетов, а не формирования новых. Помимо этого на распределение ресурсов влияет также характер бюджета (жесткий или открытый). Сочетание частного и государственного финансирования обеспечивает большую гибкость.

Решения на уровне руководства зачастую бывают решающими с точки зрения распределения ресурсов, хотя руководители могут и не иметь непосредственной информации о результатах оценки потребностей населения. Необходимо глубже изучить механизмы принятия руководителями тех или иных решений; оценка потребностей вряд ли является единственным или даже основным фактором в процессе принятия решений. Так например, в Испании целый ряд районов обращается к руководящим органам с самыми настоятельными просьбами, при этом каждый из них заявляет о своих особых потребностях.

Среди факторов, влияющих на процесс принятия решений, можно назвать следующие:

- идеалы;
- политическая идеология и давление со стороны политических кругов;
- бюджетные ограничения;
- требования со стороны жителей;
- требования со стороны работников здравоохранения;
- мнения научной общественности.

Правительства, как правило, предпринимают меры для разработки и соблюдения общих стандартов, обеспечения качества медико-санитарной помощи и удовлетворения потребностей находящихся в неблагоприятном положении групп и особых контингентов населения. Правительствам

следует признать важность вопросов укрепления здоровья и обеспечения справедливости в области охраны здоровья. Последнее понятие было определено на совещании как обеспечение равных возможностей в плане доступа к службам здравоохранения и получения соответствующего лечения для всех людей с аналогичными проблемами. Как правило, имеется "корзинка" служб, к которым имеют доступ все граждане; службы должны быть доступными и приемлемыми для всех. Для выполнения этой задачи, возможно, потребуется создать специальные программы для групп, находящихся в неблагоприятном положении, и в ряде случаев – предпринять соответствующие действия в таких сферах, как образование и трудоустройство.

Оценка потребностей в коммунальных программах здравоохранения

Члены другой группы определили трудность получения соответствующей информации, цитируя при этом закон Finagle:

Информация, которую вы имеете, – это не то, что вы хотите иметь.

Информация, которую вы желаете иметь, – это не то, что вам нужно.

Информация, которая вам нужна, – это не то, что вы можете получить.

Информация, которую вы можете получить, стоит больше, чем вы можете за нее заплатить.

Члены группы рассмотрели различные методы получения информации, необходимой для оценки потребностей в конкретной коммунальной программе здравоохранения. Это зачастую может быть сделано с информацией, и более простой и легкодоступной, чем информация, необходимая для подробного планирования программы или ее оценки. С другой стороны, такая информация может оказаться недостаточной для определения конкретных целей и мероприятий в рам-

ках программы и ее редко можно будет использовать в качестве исходных показателей для целей оценки.

Как правило, определение основных проблем в области здравоохранения не представляет особых трудностей. На первоначальном этапе проблемы могут быть определены на основе имеющихся личных знаний об обслуживаемом населении, данных легко доступных регистров или докладов о состоянии здоровья населения, информации о потребностях, как они определяются самим населением, или эпидемиологических данных о более обширном районе или об аналогичного характера населенных пунктах (контингентах населения).

Значительно больше проблем возникает, однако, при оценке потребностей в проведении практических мероприятий, т.е. при обосновании программ, направленных на решение выявленных проблем. При рассмотрении каждой проблемы необходимо учитывать следующие три фактора. Во-первых, следует определить важность проблемы, для чего необходима информация о характере, масштабах и последствиях рассматриваемой проблемы применительно к данной группе населения, общие знания о различных аспектах рассматриваемого нарушения или фактора риска, а также знания об отношении конкретной группы населения к этой проблеме. Частично эта информация может уже иметься, однако для получения недостающей информации может возникнуть необходимость в проведении специальных мероприятий. Информация о местном населении необходима даже в том случае, когда проблемы и цели программы определяются на центральном уровне (например в виде национальных задач в области здравоохранения), поскольку важным условием успеха любых программ является их адаптация к местным условиям. Во-вторых, следует рассмотреть практическую осуществимость и стоимость проведения соответствующей программы, для чего необходимы знания о наличии квалифицированного персонала, оборудования и материально-технической базы и других ресурсов. В-третьих, следует провести оценку предполагаемой эффективности программы в случае ее реализации, в связи с чем может

возникнуть потребность в анализе местных факторов, могущих повлиять на этот показатель.

Чем меньше наличные ресурсы, тем большее значение приобретает правильное определение приоритетов с учетом различных требований. Одним из предложенных подходов к установлению очередности приоритетов является использование общего балла, вычисляемого путем сложения баллов по каждому из трех нижеприведенных факторов. Так, например, степень важности каждой проблемы может оцениваться как низкая (1 балл), средняя (2 балла) или высокая (3 балла). Такой фактор, как вероятность выполнения программы и ее стоимости может оцениваться как низкая вероятность выполнения и высокая стоимость (1 балл), средняя вероятность выполнения и стоимость (2 балла) или высокая вероятность выполнения и низкая стоимость (3 балла). Прогнозируемую эффективность можно оценивать как низкую (1 балл), среднюю (2 балла) или высокую (3 балла). Такой системе подсчета баллов присуща определенная произвольность, а именно: субъективность при начислении баллов и одинаковая значимость, придаваемая каждому фактору. Тем не менее ее использование может привлечь внимание к важным факторам, являющимися достаточным обоснованием для проведения соответствующей работы, а также может способствовать сравнению различных программ или альтернативных программ, направленных на решение одной и той же проблемы.

Методы приобретения информации, необходимой для определения существования или важности той или иной проблемы, включают: обсуждения с профессиональными работниками и представителями общественности, посещение домов и наблюдение в полевых условиях, использование данных переписей и других легкодоступных отчетов, регистров и статистических материалов, анализ легкодоступных регистров (медицинские карты, удостоверения о смерти и т.д.), простые демографические обследования или обследования состояния здоровья населения, а также более подробные эпидемиологические исследования. Важным методом является также анализ информации (например результатов

обследований, ответов на вопросы, диагнозов и т.д.), собираемой в ходе предоставления медицинской помощи. Сюда также может относиться информация, собираемая для эпидемиологических целей.

Полезным также может быть рутинный сбор стандартного набора основных данных, особенно в рамках предварительной оценки данного контингента населения. Ввиду существующих ограничений (как в плане времени, так и в плане ресурсов) важнейшее значение имеет также такой критерий, как избирательность; в ряде случаев может быть целесообразно сконцентрировать внимание на данных, относящихся к какому-то определенному компоненту медицинской практики. Набор основных данных может включать: демографические данные и общую информацию о данном контингенте населения, информацию о службах, их использовании и вовлечении всех людей в работу, направленную на охрану их собственного здоровья, данные о состоянии здоровья и заболеваемости, факторах риска и защитных факторах, маркерах риска, а также имеющих отношение к здоровью знаниях, позициях и стереотипах поведения.

Потенциальные возможности сбора такой информации могут быть повышены путем использования методов быстрой эпидемиологической оценки. В частности, в случае ограниченности ресурсов могут быть использованы относительно простые, не требующие больших усилий и недорогие методы эпидемиологической оценки. При этом, однако, следует помнить об ограниченной точности получаемых таким образом данных и присущей им тенденциозности. Такие методы включают быструю этнографическую оценку (проведение свободных по форме интервью и использование других антропологических методов), контрольно-выборочный эпиднадзор (регистрация инфекционных болезней в удобных, но не обязательно представительных группах населения), использование кластерных выборок (например, общее домашнее хозяйство или группы детей, проживающих близко друг от друга) с целью облегчения доступа к изучаемой группе населения в ходе проведения обследований.

Планирование и оценка местных программ здравоохранения

Третья группа перечислила следующие этапы обеспечения качества:

- а) описание
- б) отбор
- в) анализ
- г) планирование
- д) постановка задач
- е) проведение мероприятий
- ж) дальнейшие контроль и работа.

К этим этапам следует относиться не как к прямой линейной последовательности, а как к непрерывному циклу с усилением и обновлением мер во всех его звеньях. В соответствии с выводом этой группы ПМСП, ориентированная на удовлетворение потребностей обслуживаемого населения, является полезной моделью, которая может быть адаптирована к местным условиям. Данная группа разработала цикл планирования и оценки коммунальных программ здравоохранения (т.е. программ, ориентированных на удовлетворение потребностей конкретных групп населения), считая такой подход к планированию и оценке программ здравоохранения наиболее оптимальным.

Оценка потребностей как основы для планирования и мониторинга коммунальной программы здравоохранения включает три основных компонента, первый из которых касается содержания и относится к определению объектов, на которые направлена работа по контролю и повышению качества. Другими словами, какого рода потребности наблюдаются в данном контингенте населения? Несомненно, следует задать вопрос о том, имеется ли конструктивная систематика или перечень потребностей различных групп, которые могут быть выражены в виде задач, маркеров или показателей выполнения. Члены группы пришли к мнению, что эта идея заслуживает более глубокого рассмотрения.

Понимание второго аспекта, а именно процесса, представляет меньше сложностей. Оценка должна показывать не только то, насколько хорошо реализуется программа, но также насколько хорошо она была первоначально определена и разработана. Таким образом, при оценке процесса рассматриваются механизмы принятия решений и определения приоритетности направлений работы.

Меньше всего внимания уделяется третьему аспекту, а именно технологии. Все согласны с тем, что технология включает в себя как аппаратное, так и программное обеспечение; при этом под аппаратным обеспечением в настоящее время подразумеваются персональные компьютеры. Однако возникает вопрос, существуют ли специально разработанные программы для планирования и оценки, а если да, то как ими пользоваться? Несмотря на то, что этот вопрос требует дальнейшего рассмотрения, члены группы договорились сделать информационную систему основным стержнем цикла планирования и оценки местных программ здравоохранения, предвидя при этом этап, на котором такая система начнет функционировать в автоматическом режиме. Помимо прочего это означает, что такая система и вышеуказанный цикл планирования и оценки должны иметь общую терминологию и предметные области, что указывает на необходимость использования набора основных данных.

Помимо этого технология включает методологию и, следовательно, при планировании и оценке программ необходимо использовать научные методы и соответствующие стандарты. По своей сути коммунальные программы здравоохранения – это форма научных исследований на практике, и они не нуждаются во внутренних контрольных группах. Тем не менее по некоторым аспектам оценка – хотя и не отрываясь полностью от программы – должна быть независимой от нее, что позволяет обеспечивать обратную связь и поддержку для необходимой коррекции программы.

Члены группы выразили мнение, что в дальнейшем рассмотрении нуждаются все три аспекта оценки потребностей

населения как основы для процесса планирования и оценки, а именно: содержание, процесс и технология. Тем не менее модель цикла планирования и оценки коммунальных программ здравоохранения была испытана на теоретической основе с целью изучения ее пользы для программ (с различной степенью вовлечения сектора ПМСП), ориентированных на следующие три вида деятельности:

- предупреждение несчастных случаев (сектор ПМСП был лишь одним из участников программы);
- профилактика онкологических и сердечно-сосудистых болезней (работники ПМСП работали вместе с работниками стационарного сектора и врачами-специалистами);
- медико-санитарное обслуживание пожилых (основная ответственность за эту работу была возложена на сектор ПМСП).

Не удивительно, что вышеуказанный цикл планирования и оценки, основанный прежде всего на коммунальной ПМСП, хорошо себя зарекомендовал во всех этих трех областях. Более того, члены группы отметили, что эта модель может успешно использоваться в рамках самых разнообразных систем и программ здравоохранения; в частности, здесь можно привести такие примеры, как предупреждение случаев вождения автотранспортных средств в состоянии опьянения в Бухаресте, предупреждение сердечно-сосудистых болезней в Праге, работа по предупреждению несчастных случаев среди детей в арабских общинах в Израиле.

В настоящее время цикл планирования и оценки коммунальных программ здравоохранения является лишь теоретической моделью на стадии создания прототипа. Он нуждается в значительной доработке и практических испытаниях. Тем не менее представляется целесообразным и экономически эффективным продолжить работу в этом направлении, так как разработке этой модели предшествуют научно обоснованные проекты, не говоря уж о том, что в промышленности и в сфере управления уже функционирует ряд аналогичных моделей. Эти факторы - наряду с интересом населения к служ-

бам здравоохранения и его ожиданиям в плане медицинского обслуживания, – а также важность работы по достижению здоровья для всех на определяющем местном уровне усиливают необходимость в таких современных методах обеспечения качества и контроля, которые были бы пригодны для коммунальных программ здравоохранения.

РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Информация о коммунальных программах здравоохранения и проектах должна быть широко распространена среди работников первичной медико-санитарной помощи с целью ее обсуждения.
2. Информация о местных потребностях должна широко распространяться среди работников первичной медико-санитарной помощи и выноситься на их обсуждение.
3. Факультеты и школы общественного здравоохранения должны принять участие в обучении, подготовке и поддержке персонала ПМСП на всех уровнях.
4. Все работники первичной медико-санитарной помощи должны получать подготовку и непрерывное образование по вопросам оценки потребностей и предоставления ПМСП с учетом потребностей обслуживаемого контингента населения. При этом желательно, чтобы в процессе подготовки и обучения они приобретали практический опыт.
5. Правительствам, регионам/областям и районам, национальным организациям работников здравоохранения и другим соответствующим организациям следует принимать участие в процессе последипломной подготовки и непрерывного образования и активно поощрять вовлечение работников первичной медико-санитарной помощи и врачей общей практики в работу, направленную на оценку потребностей населения в медицинской помощи и на предоставление ПМСП с учетом этих

потребностей. ВОЗ следует поощрять эти организации проводить для этой цели соответствующие мероприятия.

6. Рассмотренная модель цикла планирования и оценки коммунальных программ ПМСП должна пройти дальнейшую пробную оценку в разнообразных условиях.

7. ВОЗ следует запрашивать у стран информацию о запланированных функциях и задачах служб профилактики болезней и укрепления здоровья, а также предложить оказание финансовой помощи при проведении одной или нескольких программ коммунальной ПМСП в различных странах.

8. ВОЗ следует напоминать странам о преимуществах профилактической работы и о необходимости проведения программ обучения и подготовки в секторе ПМСП, а также поощрять страны выделить, по крайней мере для одного центра, ресурсы, необходимые для разработки и оценки механизмов определения потребностей населения и предоставления ПМСП с учетом этих потребностей.

9. В тех регионах, где работа бригад первичной медико-санитарной помощи еще не стала широко распространенным явлением, ВОЗ следует рассмотреть вопрос о финансовой поддержке усилий, направленных на учреждение объединений и/или кооперативов работников здравоохранения, которые могли бы заняться оценкой потребностей населения в медико-санитарной помощи и разработкой соответствующих местных программ.

Приложение 1

УЧАСТНИКИ

Временные консультанты

- Professor Joseph Abramson
Department of Social Medicine, Hadassah
School of Public Health and Community
Medicine, Hebrew University, Jerusalem,
Israel (Председатель)
- Dr Lubomir Berka
Adviser to the Minister of Health of the
Czech Republic, Prague, Czechoslovakia
- Dr Ioan Alexandru Grigoriu
Health Medical Inspector, District Sanitary
Directorate, Brasov, Romania
- Dr Umit Kartoglu
Teaching Staff, Institute of Child Health,
University of Istanbul, Turkey
- Dr Reiner Leidl
Head, Department of Health Systems
Analysis, GSF Institute for Medical
Informatics and Health Systems Research
(MEDIS), Neuherberg, Germany
- Dr Mordhai Lipshitz
Head, Community Medicine Department,
Medical Division, Kupat Holim Health
Insurance Institution, Tel Aviv, Israel

-
- Dr Esteban de Manuel
Research Coordinator, Andalusia School of
Public Health, Granada, Spain
- Dr Reli Mechtler
Research Manager, Health Care Policy,
University of Linz, Austria
- Professor Hava Palti
Director, School of Public Health and
Community Medicine, Hadassah ein Karem,
Jerusalem, Israel
- Dr Shmuel Rishpon
Medical Officer, Haifa Health District,
Israel
- Dr Berislav Skupnjak
Director, Institute of Health Organization
and Economic, Zagreb, Croatia (Заместитель
председателя)
- Dr Marianne Szatmari
Deputy Director, Department of
International Relations, Ministry of
Welfare of the Republic of Hungary,
Budapest, Hungary
- Professor Erik Trell
Department of Community Medicine, Faculty
of Health Sciences, University of
Linköping, Sweden
- Dr Paul Wallace
Senior Lecturer, Department of General
Practice, St Mary's Hospital Medical
School, London, United Kingdom (Составитель
отчета)

Представители других организаций

Международный совет медицинских сестер

Ms Bat-Sheva Levi
Public Health Supervisor, Tel Aviv, Israel

Наблюдатели

Dr Ilana Belmaker
District Medical Officer, Beersheba Health
District, Israel

Mr Ron Meibar
District Nursing Supervisor, District
Health Office, Nazareth, Israel

Ms Vita Barell
Head, Health Services Research Unit,
Gertner Institute, Sheba Medical Centre,
Tel Hashomer, Israel

Dr Yakov Zilberg
Director, Jezreel Valley Medical Centre,
Afula, Israel

Европейское региональное бюро ВОЗ

Г-жа Kirsten Andersen
Ассистент программы, больницы

Д-р Walter Hubrich
Региональный консультант, Первичная
медико-санитарная помощь