

EUR/ICP/RHC 399/g51

3934A

ОРИГИНАЛ: АНГЛИЙСКИЙ

РАЙОННЫЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ДЕЙСТВИИ - ЧЕРЕЗ
ДЕСЯТЬ ЛЕТ ПОСЛЕ АДМА-АТЫ - ОПЫТ И ДАЛЬНЕЙШИЕ ПЕРСПЕКТИВЫ

Доклад о совещании ВОЗ

Нойбранденбург, Германская Демократическая Республика
5-9 декабря 1988 г.

Примечание

Настоящий отчет издается Европейским региональным бюро на английском, французском, немецком и русском языках и может быть размножен или переведен на любой другой язык при наличии соответствующего указания на источник.

СОДЕРЖАНИЕ

	<u>Стр.</u>
Введение	1
Обсуждение	2
Развитие первичной медико-санитарной помощи в Европейском регионе	2
Развитие первичной медико-санитарной помощи в Германской Демократической Республике	2
Районные системы здравоохранения	3
Отдельные аспекты первичной медико-санитарной помощи на районном уровне	7
Выводы	17
Рекомендации	19
Для государств-членов	19
Для районов	20
Для ВОЗ	20
Приложение 1. Участники	22

Введение

Рабочее совещание было проведено в Германской Демократической Республике в Гёрен-Лебин, округ Нойбранденбург, с 5 по 9 декабря 1988 г. Ответственность за организацию совещания была возложена на Министерство общественного здравоохранения Германской Демократической Республики и окружной совет Нойбранденбурга; в организации совещания приняли также участие Институт социальной гигиены и организации служб здравоохранения (сотрудничающий центр ВОЗ) и Европейское региональное бюро ВОЗ.

Главными целями совещания были:

- рассмотреть развитие первичной медико-санитарной помощи в Европейском регионе со времени проведения Алма-Атинской конференции в 1978 г.;
- уточнить концепцию районных систем здравоохранения как средства достижения здоровья для всех;
- обменяться опытом между различными системами здравоохранения в Европейском регионе; и
- определить основные области и вопросы в рамках районного подхода, на которые следует обратить внимание в будущем государствам-членам и ВОЗ.

Совещание открыли д-р Dieter Moewius, главный муниципальный врач округа Нойбранденбург, проф. Rudolf Müller, заместитель министра Министерства здравоохранения Германской Демократической Республики и проф. Otto Weiss, директор Института социальной гигиены и организации служб здравоохранения. Д-р Walter Hubrich, региональный сотрудник по вопросам первичной медико-санитарной помощи Европейского регионального бюро ВОЗ, выразил признательность Региональному директору за организацию совещания и вкратце описал его цель и задачи.

Обсуждение

Развитие первичной медико-санитарной помощи в Европейском регионе

Данное совещание было первым совещанием, посвященным исключительно вопросам районных систем здравоохранения в Европейском регионе. Государства-члены признали, что первичная медико-санитарная помощь является ключевой для реализации цели достижения здоровья для всех к 2000 г., и отметили, что в течение 10 последних лет в первичной медико-санитарной помощи произошли значительные события. Почти во всех странах наблюдается тенденция к децентрализации планирования в области здравоохранения в качестве средства выявления более эффективных, с точки зрения затрат, подходов к предоставлению помощи. Хотя степень достигнутой в различных странах децентрализации является различной, многие из них стремятся распространить средства предоставления такой помощи за пределы больниц, укрепить связи между первичной помощью и больничными службами, с тем чтобы повысить эффективность и непрерывность предоставления помощи, а также повысить ответственность отдельных лиц и семей за их собственное здоровье. Многие страны уделили также особое внимание межсекторальному сотрудничеству, профилактике болезней и роли врачей общей практики.

Внимание, уделяемое в последнее время ВОЗ укреплению районных систем здравоохранения, отражает накопленный за многие годы в странах Европейского региона опыт, а также осознание того, что осуществляемая на этом уровне деятельность может решающим образом сказаться на усилиях по достижению здоровья для всех.

Развитие первичной медико-санитарной помощи в Германской Демократической Республике.

Обзор развития первичной медико-санитарной помощи в Германской Демократической Республике с 1949 г. позволяет проследить осуществленные в этой области сдвиги и стоящие перед одним из государств-членов проблемы.

В 1980 г. в условиях возрастания надежд общественности большее внимание уделялось развитию первичной медико-санитарной помощи, ключевой координирующей роли семейных врачей и ответственности отдельных лиц, семей и местных общин за свое собственное здоровье. Больше внимания уделяется также роли местных объединений в развитии первичной медико-санитарной помощи и укреплению здоровья.

В пределах отдельных районов, в частности сельских, произошел заметный рост числа центров здравоохранения, числа врачей, оказывающих медицинскую помощь за пределами больниц, а также числа получающих медицинскую помощь лиц. Улучшилась диагностика и терапия, продолжительность жизни увеличилась, детская смертность и несчастные случаи на производстве снизились, качество жизни хронически больных и инвалидов улучшилось.

В настоящее время основной упор делается на сестринскую помощь престарелым, взаимосвязь между семейными врачами, общинными сестрами, работниками социального обеспечения и специалистами, охраной здоровья матери и ребенка и необходимость более непрерывного оказания медицинской помощи.

В будущем эффективная интеграция социальной и экономической политики и уделение большего внимания здоровому образу жизни приобретут еще большее значение. Конкретные задачи, требующие действий, включают избыточный вес, курение среди молодежи, все большее употребление алкоголя и стресс. Внимание будет также сконцентрировано на улучшении качества и эффективности медицинской помощи за пределами больниц.

Районные системы здравоохранения

Уделение ВОЗ основного внимания укреплению районных систем здравоохранения при поддержке на национальном уровне отражает осознание растущим числом стран того факта, что основными препятствиями для достижения здоровья для всех являются слабая организация и управление, особенно на низких уровнях систем здравоохранения.

Концепция районной системы здравоохранения была сформулирована на совещании Комитета экспертов ВОЗ в 1985 г.^а. Эта концепция дает концептуальные рамки для рассмотрения больниц в связи с обслуживаемым ими населением и всеми другими соответствующими учреждениями, включая те из них, которые обычно не считались частью системы здравоохранения.

Модель всеобъемлющей системы здравоохранения, основанной на принципах первичной медико-санитарной помощи (рис. 1), подчеркивает, что на эффективное осуществление комплексных программ первичной медико-санитарной помощи на всех уровнях предоставления услуг влияет как функциональная инфраструктура, так и участие общин и межсекторальное сотрудничество.

К ключевым чертам районной системы здравоохранения относятся следующие:^а

- " - система ориентирована на нужды людей, подчеркивая все относящиеся к здоровью элементы их поведения и окружающей их среды и их право "формировать" собственную охрану здоровья с помощью профессиональных работников здравоохранения;
- она базируется, когда это возможно, в отдельном географическом районе с четко очерченными границами и включает все население данного района ...;

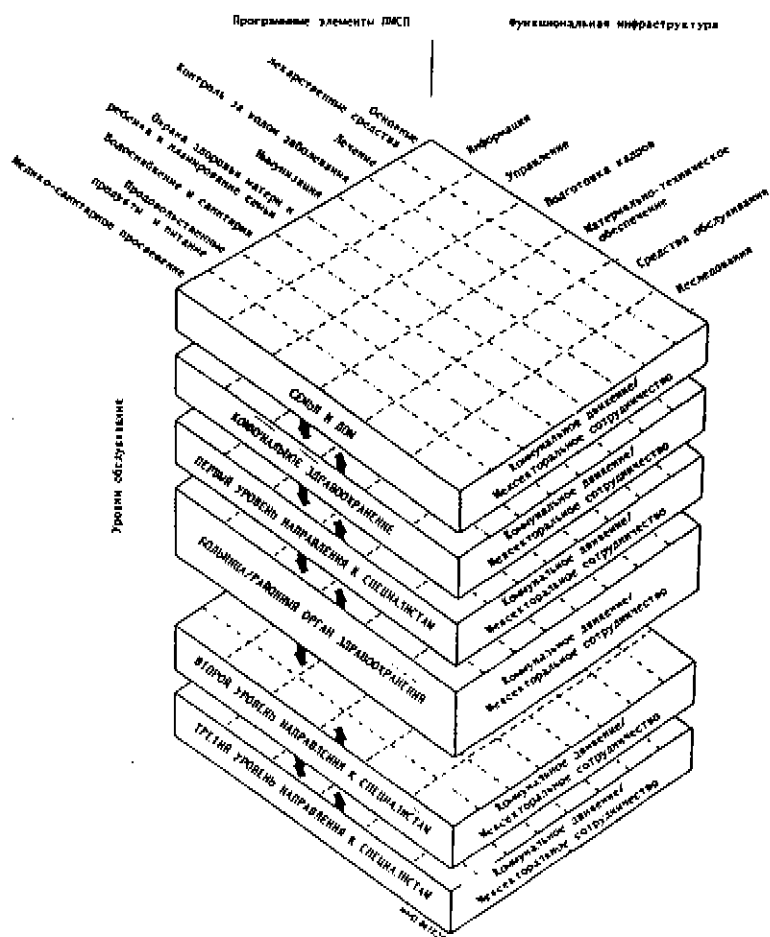
^а Серия технических докладов ВОЗ, № 744, 1987 г. (Больницы и здоровье для всех: доклад Комитета экспертов ВОЗ о роли больницы на первом лечебно-консультативном уровне).

- она необязательно должна быть исключительно государственной системой и может состоять из многих элементов, включая, например, неправительственные учреждения и традиционных врачей;
- она располагает значительной управленческой автономией с тем, чтобы иметь возможность устанавливать приоритетность и обеспечивать решение задач и проблем на децентрализованной, насколько возможно, основе; кроме того, обеспечивает внедрение принципов первичной медико-санитарной помощи во всей своей деятельности."

В 1987 г. на состоявшемся в Хараре, Зимбабве, межрегиональном совещании ВОЗ к государствам-членам был обращен призыв принять национальную политику, обеспечивающую необходимую поддержку районам, для надлежащей децентрализации финансового управления и управления персоналом, чтобы содействовать более гибкой адаптации, в пределах районов, национальной политики использования ресурсов, а также для переопределения роли и функций больниц как неотъемлемой части районных систем здравоохранения.

При обсуждении участники отметили, что, хотя принципы районных систем здравоохранения, основанных на первичной медико-санитарной помощи, являются в целом - на уровне принятия политических решений - общепринятыми, степень реализации этих принципов обнаруживает колебания от страны к стране. Например, в Германской Демократической Республике имеются районные системы здравоохранения, которые довольно близко соответствуют концепции ВОЗ. С другой стороны, в некоторых других странах районные системы здравоохранения не существуют как административные образования, хотя существует явная необходимость в сотрудничестве между медицинскими специалистами и медико-санитарными и социальными службами. Участники отметили также, что в некоторых странах административные границы и границы районных систем здравоохранения совпадают, тогда как в других странах они не совпадают.

Рис. 1. Концептуальная модель комплексной системы здравоохранения, основанной на принципах первичной медико-санитарной помощи



Источник: Серия технических докладов ВОЗ № 744, 1987 г. (Больницы и здоровье для всех: доклад Комитета экспертов ВОЗ по роли больниц на первом лечебно-консультативном уровне).

Отдельные аспекты первичной медико-санитарной помощи на районном уровне

Управление первичной медико-санитарной помощью

Город Осло в Норвегии - город с населением 450 000 человек - является примером района, где управление первичной медико-санитарной помощью является децентрализованным. Это решение о такой децентрализации было принято в начале 1980 г. и объяснялось оно озабоченностью фактом меньшей удовлетворенности работой среди врачей общей практики в центрах здравоохранения по сравнению с врачами общей практики в частном секторе, а также озабоченностью, вызванной непопулярностью центров здравоохранения и снижением числа пациентов, посещающих центры здравоохранения.

Руководство в каждом из 25 муниципалитетов с населением от 10 000 до 20 000 человек было возложено на одного врача, причем каждый такой врач был подготовлен, через департамент медицинских социальных служб, избираемому муниципальному совету. Благодаря этому врачам удалось вернуть в города и обеспечить большую доступность обслуживания. Тем не менее движение больных в центрах здравоохранения остается выше, чем в сфере частной практики.

Одним из уроков, извлеченных из этого опыта, было то, что ответственность в каждом муниципалитете должна быть возложена на одного врача, выбранного за свои организационные способности, и что руководство работниками социального обслуживания, занимающимися вопросами пособий, должно быть отделено от управления первичной медико-санитарной помощью.

Финляндия и Израиль дают следующие примеры децентрализованных систем здравоохранения а также проблем, которые могут возникнуть, если местный персонал не имеет должной подготовки для управления бюджетами. В

случае Швеции налицо дилемма в вопросе о том, должны ли административные подразделения включать первичную медико-санитарную помощь с больницами или с социальными службами.

Межсекторальное сотрудничество

Тетеров, сельский район в Германской Демократической Республике с населением в 31 000 человек, дает пример района, где предпринятые в последнее время усилия по привлечению всех соответствующих правительственных и неправительственных учреждений к деятельности по улучшению состояния здоровья населения, медико-санитарной и социальной помощи оказались успешными.

Это было достигнуто в значительной степени благодаря районной ассамблее (местный представительный орган) и районному совету, являющемуся ее исполнительным органом, который консультирует и которому оказывает помощь главный районный медицинский сотрудник. С 1980 г. районная ассамблея приняла много резолюций, касающихся укрепления здоровья, окружающей среды, условий работы и жилищных условий, а также медицинского и социального обслуживания. Члены совета стремились выполнить эти резолюции посредством инспекции служб реабилитации для инвалидов, изучения условий в больницах и на предприятиях, а также мониторинга сотрудничества между различными учреждениями. Таким образом, члены совета играли ключевую роль в координации медицинской и социальной помощи в районе и в установлении приоритетов для планирования. Они играли также важную роль в сборе средств для первичной медико-санитарной помощи и привлечении сельскохозяйственных и строительных кооперативов к строительству помещений для оказания первичной медико-санитарной помощи.

Ежегодные местные конференции по вопросам здравоохранения, которые проводятся под эгидой директоров амбулаторных заведений и бургомистров и на которых присутствуют директора учебных заведений и предприятий, руководители кооперативов и представители политических партий и неправительственных организаций, являются еще

одним средством укрепления связей между лицами, оказывающими медицинскую помощь, и общиной. На этих конференциях, которые являются открытыми для общественности, руководитель медицинской службы района представляет ежегодный доклад и дает практические рекомендации.

Происшедший в последнее время рост межсекторального сотрудничества сопровождался непрерывным снижением заболеваемости, сокращением числа курильщиков среди работников здравоохранения и просвещения и большим участием в спортивных мероприятиях.

В ходе обсуждения участниками был поставлен вопрос о целесообразности межсекторального сотрудничества и на других районных уровнях, а также о том, должны ли академические институты делать свой вклад в оценку предпринятых инициатив.

Участие общин

Было поднято семь вопросов для обсуждения.

- Что означает участие общины?
- Какие структуры существуют для участия общин и каковы сильные и слабые стороны официальных и неофициальных структур?
- На каком уровне должно происходить участие общины?
- Какие виды инфраструктуры первичной медико-санитарной помощи можно использовать для участия общин?
- Кто должен мобилизовать общину?
- Какая доля населения должна принимать участие?
- Следует ли испытывать в первую очередь подходы "снизу-вверх" или подход "сверху-вниз"?

В ходе обсуждения особо рассматривался вопрос о том, кто должен принимать участие, в чем и как. Участие общины должно служить самым различным целям: например, достижению консенсуса в отношении строительства, сбору информации, укреплению здоровья и осуществлению политики. Однако результаты участия общины невозможно предсказать заранее, поскольку они устанавливаются на основе переговоров между участвующими сторонами.

Для некоторых целей ряд участников подчеркнули необходимость привлечь имеющих соответствующее мнение лидеров и других влиятельных лиц в общине. Другие участники подчеркнули необходимость проводить просветительную работу среди политиков, руководителей и врачей, а также среди широкой общественности по вопросу важности участия общины как неотъемлемого права людей.

Врачи общей практики и первичная медико-санитарная помощь

Развитие общей медицинской практики и первичной медико-санитарной помощи в Соединенном Королевстве было описано, начиная с создания национальной службы здравоохранения в 1948 г., когда перспективы для общей практики были незначительными. После изменений в системе вознаграждения в середине 60-х годов, которые были направлены на повышение стандартов посредством введения различных связанных с эффективностью платежей и финансовых стимулов, в общей практике наступило оживление. Используемые для этой практики помещения улучшились, расширились группы практикующих и увеличилась занятость в этом виде практики, причем общая практика стала популярным для карьеры выбором среди студентов медицинских учебных заведений. Кроме того, была введена обязательная профессиональная подготовка.

Сегодня службы общей практики являются доступными и приемлемыми. Можно получить непрерывное лечение, а стоимость медико-санитарного обслуживания в Соединенном Королевстве находится на одном из самых низких уровней в

развитых странах мира. Несмотря на эти достижения, разнородной, царящий в сфере общей практики как с медицинской, так и с организационной точки зрения, является причиной озабоченности. В частности, имеется озабоченность относительно степени участия врачей общей практики в укреплении здоровья, степени наблюдения ими за людьми с хроническими заболеваниями, а также в отношении расхождений в выдаваемых ими направлениях к врачам и в стоимости назначений. Кроме того, последний обзор сестринского дела в общинах выявил озабоченность, связанную со слабой эффективностью бригад первичной медико-санитарной помощи и недостаточным использованием профессиональных навыков медицинских сестер.

Первостепенная задача заключается в настоящее время в том, чтобы сделать службы первичной медико-санитарной помощи более близкими к потребностям потребителей и повышению стандартов обслуживания, укреплению здоровья и профилактики болезней, а также повышению ценности с денежной точки зрения. Для достижения этих задач правительство Великобритании предполагает предоставить больше информации о службах первичной медико-санитарной помощи потребителям для повышения компетентности среди врачей общей практики и для установления более прямой зависимости системы вознаграждения от диапазона и уровня предоставляемых услуг.

Дискуссия была сконцентрирована на возможном влиянии изменений в системах вознаграждения на диапазон и уровень предоставляемых услуг врачами общей практики и, в частности, на обслуживании престарелых и на показатели направления к другим врачам. Были обсуждены также вопросы эффективности других методов оказания влияния на поведение врачей общей практики, таких как получение от них информации о структуре практики, личных посещениях и дискуссиях между врачами общей практики и специалистами. Было признано, что наиболее успешным способом изменения структуры практики может, по-видимому, стать комбинация методов, а не какой-либо один отдельный метод.

Укрепление здоровья

Одним из определений укрепления здоровья, используемым ВОЗ, является "Процесс предоставления людям возможностей усилить контроль над своим здоровьем и улучшить свое здоровье"^а.

Сами по себе укрепление здоровья и первичная медико-санитарная помощь могут рассматриваться как дополнительная стратегия достижения здоровья для всех, причем укрепление здоровья касается разработки соответствующей политики в отношении здоровья населения, создания поддерживающей окружающей среды, активизации деятельности общин и переориентации служб здравоохранения.

Укрепление здоровья содействует участию отдельных лиц, семей и общин в медико-санитарной помощи, и планирование медико-санитарных услуг на районном уровне требует учета этого обстоятельства. Следует уважать независимость и созидательную силу людей за пределами служб здравоохранения, а планирование следует рассматривать не как средство контроля, а как средство преодоления неопределенности в отношении окружающей среды и усиления диалога между различными участвующими сторонами.

В ходе дискуссии участники отметили, что укрепление здоровья является важным как для больных людей, так и для здоровых людей, и что новые идеи относительно укрепления здоровья подразумевают новые роли для лиц, оказывающих медицинскую помощь, включая врачей общей практики, фармацевтов, советников и специалистов по медико-санитарному просвещению. Некоторые считали, что врачи общей практики, в зависимости от их положения, могут или

^а Concepts and principles of health promotion.
Доклад совещания ВОЗ. Копенгаген, Европейское региональное бюро, 1984 г. (неопубликованный документ ICP/HSR 602/m01).

должны быть полезными в качестве преподавателей по вопросам здравоохранения. Другие спрашивали, является ли традиционная связь "активный врач - пассивный пациент" сопоставимой с эффективным выполнением врачом функций преподавателя в области здравоохранения. Третьи отмечали наличие опасности того, что при ориентации укрепления здоровья на изменение образа жизни отдельных людей это может затушевывать некоторые виды социально-экономического влияния, являющиеся, в том числе, причиной плохого здоровья. Предлагалось предпринять исследования затрат-эффективности альтернативных подходов для выполнения конкретных задач.

Добровольные организации

В Соединенном Королевстве под добровольной организацией подразумевается очень широкий диапазон организаций, имеющих различные задачи, структуры, ресурсы и виды деятельности. Некоторые из них являются небольшими неофициальными группами самопомощи/взаимопомощи; другие являются крупными, установившимися организациями, использующими как оплачиваемых сотрудников, так и добровольцев, и располагающими отделениями по всей стране. Добровольные организации имеют длительную историю в Соединенном Королевстве и рассматриваются как способные сыграть важную роль в предоставлении отдельным лицам и группам людей возможностей участия в медико-санитарной помощи и в сдерживании стоимости медицинского обслуживания.

Помимо прямого предоставления услуг добровольные организации выполняют разнообразные функции, включая самопомощь, защиту интересов отдельных лиц, проведение кампаний, испытание новых подходов к службам, альтернативное предоставление услуг наряду с государственным и частным секторами, предоставление информации и опыта, обеспечение связи между частным миром отдельных лиц и общественным миром установленных законом служб. Все или некоторые из этих функций часто объединены в одной организации.

Поэтому важно вовлечь надлежащим образом добровольные организации на все уровни в районе, где они смогут сделать четкий вклад в планирование служб. На районном уровне добровольные организации представлены в общинных советах здравоохранения (органах, которые представляют мнения общественности для руководителей служб здравоохранения) и в совместных консультативных комитетах (органах, отвечающих за оказание консультативной помощи районным органам власти в отношении служб, представляющих общий интерес).

В ходе дискуссии были приведены многие примеры других функций, выполняемых добровольными организациями в различных системах здравоохранения. Некоторые из них предоставляют средства, другие оказывают помощь в реализации новой местной политики, третьи распространяют информацию среди групп меньшинств, а четвертые обеспечивают противовес интересам промышленности. Были приведены также примеры способов, с помощью которых районные органы здравоохранения оказывают моральное и финансовое содействие деятельности добровольных организаций. Считается, что на районном уровне врачи общей практики играют важную роль в установлении связи между отдельными лицами и добровольными организациями и в оказании поддержки группам самопомощи в достижении ими своих задач.

Вместе с тем был высказан ряд оговорок относительно роли некоторых добровольных организаций. Уставные и добровольные организации могут иметь различные приоритеты, добровольные организации могут быть подвержены влиянию имущественных интересов, а использование добровольцев или дешевой рабочей силы может привести к конфликту. Поэтому было признано важным изучать фактический вклад добровольных организаций в районные программы.

Средства массовой информации

Был определен ряд функций, которые могут выполнять средства массовой информации в области здравоохранения. Они могут оказывать помощь в формировании политической

воли в пользу здравоохранения, апеллируя к лицам, отвечающим за принятие политических решений. Они могут содействовать расширению осознания общественностью проблем здравоохранения и дать возможность людям принять информированные решения. Они могут довести до сведения широкой общественности новые достижения в области медицинских знаний и медико-санитарной помощи, а также об их воздействии. Средства массовой информации могут также содействовать расширению участия общин посредством отражения общественного мнения и поощрения диалога между общиной, лицами, оказывающими медицинскую помощь, и лицами, принимающими политические решения.

Предпосылки для достижения желаемого воздействия включают понимание знаний, убеждений и позиций аудитории, понимание видов использования и ограничений средств массовой информации, адекватность ресурсов и непрерывный диалог между персоналом здравоохранения и средствами массовой информации. Если предполагается оказать влияние на поведение, а также на уровень знаний общественности и ее позиции, то средства массовой информации должны использоваться не изолированно, а как часть всеобъемлющей стратегии, учитывающей социальное ограничение поведения, деятельность специалистов здравоохранения и конфликтующие связи.

После обсуждения положительных и отрицательных примеров поддающегося фиксации воздействия средств массовой информации участники пришли к выводу, что они являются мощными каналами связи и что назначение сотрудника по связи с прессой или специально подготовленного специалиста в области здравоохранения может помочь обеспечить более эффективное использование средств массовой информации на районном уровне.

Планирование

Был выявлен ряд возможных подходов к планированию: невмешательство, расчлененный инкрементализм, "доведение кое-как до конца", смешанное сканирование и рациональное

планирование. Так же, как и в случае выбора подходов планировщики имеют возможность выбрать роли: они могут действовать как техники, как ресурсораспорядители, как защитники общества, как реформаторы или как сторонники правительства. Какой бы подход они не применяли, важно, чтобы планировщики поняли политическую систему и привлекли к анализу имеющихся в общении проблем здравоохранения как специалистов здравоохранения, так и общину и наметить практические меры.

В некоторых странах, таких как Нидерланды, наблюдается отход от проблемного планирования осуществления и сдвиг в направлении рыночного регулирования и развития контрактов между представителями медицинской помощи и финансовыми учреждениями. Предпринимаются усилия в направлении развития высококачественных, согласованных и эффективных с точки зрения затрат служб для конкретных групп клиентов, однако на данный момент неясно, можно ли это сделать вообще и как измерить результаты деятельности таких служб.

Измерение результатов

Во-первых, является ли полезным или эффективным измерение результатов на районном уровне? И, во-вторых, является ли осуществимой разработка общего комплекта показателей результатов для использования районами в Европейском регионе?

Для измерения результатов необходимо установить программные цели. Однако это нелегко, поскольку основные цели могут быть завуалированными, различные группы могут иметь различные цели и различные цели могут конфликтовать.

Кроме того, может возникнуть целый ряд технических проблем. Результаты редко могут быть отнесены к одной причине. Часто происходит значительное запаздывание во времени между действиями и результатами, а собранные обычным порядком данные часто не подходят для измерения результатов.

Несмотря на эти препятствия, имеются многие виды измерения результатов, которые могут быть рассмотрены для использования на районном уровне. Они включают контрольные события в здравоохранении, случаи смерти, не являющиеся неизбежными, Ноттингемская модель здравоохранения, график воздействия на болезнь, недостигнутые, но достижимые преимущества и краткосрочные показатели результатов, разработанные для использования в Рэндском эксперименте страхования здоровья. Показатели, разработанные для мониторинга результатов выполнения европейских задач по достижению здоровья для всех и позволяющие проводить сопоставления между странами, а также внутри стран, и уже используемые некоторыми странами, такими как Чехословакия, заслуживают особого рассмотрения. Несмотря на наличие показателей результатов, участники считали, что во многих странах показателям процесса уделяется все еще слишком большое внимание.

Выводы

Через 10 лет после Международной конференции по первичной медико-санитарной помощи в Алма-Ате многие страны в Европейском регионе ВОЗ стали основывать свою национальную политику в области здравоохранения на концепциях достижения здоровья для всех, уделяя особое внимание укреплению здоровья и децентрализации принятия решений до уровня районов.

Многие страны добились также прогресса в расширении первичной медико-санитарной помощи и улучшении состояния здоровья и благосостояния своего населения. Вместе с тем многие страны столкнулись с трудностями в осуществлении изменений, необходимых для реализации национальной политики и интеграции деятельности различного персонала здравоохранения и различных учреждений в единое целое на районном уровне.

Несмотря на эти трудности, районные системы здравоохранения считаются ключевым элементом действий для

ускорения прогресса в направлении достижения здоровья для всех. Районные системы здравоохранения предоставляют возможность децентрализовать ответственность и средства применительно к определенным контингентам населения, содействовать диалогу относительно национальной политики между центральным и местным уровнями, а также поощрять местную инициативу. Районные системы здравоохранения могут обеспечить должную гибкость в приспособлении национальной политики использования ресурсов к местным потребностям, они могут выявить недостаточно обслуживаемые группы населения и объединить действия для улучшения здоровья всего населения. Они могут также обеспечить поддержку персоналу здравоохранения и получить соответствующую обратную связь с местного уровня.

Ключевыми приоритетами для проведения соответствующих мероприятий на районном уровне являются:

- придание межсекторальному сотрудничеству ориентации на достижение здоровья для всех;
- улучшение связей между первичной медико-санитарной помощью и районными больницами, особенно в связи с обслуживанием лиц старшего возраста и хронически больных;
- повышение стандартов первичного обслуживания в отношении таких аспектов, как укрепление здоровья, профилактика, лечение и реабилитация;
- содействие здоровому образу жизни и уделение особого внимания роли семейного врача; и
- повышение эффективности и результативности.

Для обеспечения эффективных действий в этих областях на районном уровне существенно важными являются политическая приверженность и более прочные инфраструктуры здравоохранения. В частности, представляется важным:

- содействовать многодисциплинарному сотрудничеству в практической деятельности и исследованиях посредством подготовки и непрерывного обучения персонала здравоохранения;
- развивать лидерство в области управления здравоохранением посредством подготовки и непрерывного обучения персонала здравоохранения;
- развивать медицинские информационные базы данных для содействия улучшению качества обслуживания и процессу управления;
- развивать средства для анализа и передачи информации, основанной на данных о населении, персоналу здравоохранения, находящемуся "на переднем крае" здравоохранительной деятельности; и
- развивать исследования систем здравоохранения как средства решения районных проблем, связанных с распределением ресурсов, развитием рабочей силы и укреплением здоровья.

Рекомендации

Для государств-членов

1. Разработать и поддерживать политическую кампанию для содействия применению подхода первичной медико-санитарной помощи и обеспечения справедливости и эффективности.
2. Вновь подтвердить значение межсекторального подхода к решению проблем здравоохранения.
3. Обеспечить справедливое распределение ресурсов между районами на основе объективных показателей потребностей.
4. Обеспечить децентрализацию финансового управления и управления кадрами путем надлежащего перевода на районный уровень.

5. Обеспечить районы необходимой поддержкой путем выработки руководящих принципов и рекомендаций в отношении целей политики и подходов.

Для районов

6. Содействовать межсекторальным действиям посредством придания проблемам здравоохранения более высокого приоритета для других секторов и посредством оказания помощи каждому сектору в определении его роли в рамках деятельности в области здравоохранения.

7. Развивать лидерство в области управления здравоохранением на всех уровнях посредством подготовки и непрерывного обучения.

8. Мобилизовать все возможные ресурсы для здравоохранения и лучшим образом использовать ресурсы коммун, добровольных организаций, а также имеющиеся в коммунах профессиональные навыки медицинских сестер.

9. Переопределить роль и функции больниц как элементов районной системы здравоохранения.

10. Разрабатывать информационные базы данных для содействия улучшению в качестве обслуживания и процессов управления.

Для ВОЗ

11. Продолжить оказывать содействие в создании и надлежащем управлении районными системами здравоохранения в Европейском регионе.

12. Сотрудничать с учебными заведениями общественного здравоохранения и другими соответствующими учебными заведениями в перестройке обучения и подготовки в области управления в соответствии с подходом с точки зрения районных систем здравоохранения.

13. Поддерживать описательные исследования районных систем здравоохранения в различных странах и результатов, основанных на районных инициативах для улучшения здоровья, а также услуг в области здравоохранения и социальных услуг.

14. Активизировать усилия по сбору и распространению информации о развитии и использовании показателей и средств для наблюдения за изменениями в здравоохранении и в службах здравоохранения на районном уровне.

15. Обеспечить широкое распространение имеющихся докладов о районных системах здравоохранения.

Приложение I

УЧАСТНИКИ

Австрия

Д-р Johanna Geyer

Государственная канцелярия федерации, Отдел народного здравоохранения, Вена

Болгария

Д-р Е. Шипковенска

Научный сотрудник, Институт социальной медицины, София

Д-р Тимчева Цвета

Специалист по охране здоровья детей, Министерство народного здравоохранения, София

Венгрия

Д-р Klara Botos

Duraanci utca 9, Budapest

Д-р Laszló Argay

Benke József u. 19, Miskolc

Германская Демократическая Республика

Д-р Heidi Friedemann

Заместитель директора сотрудничающего с ВОЗ центра по больницам и первичной медико-санитарной помощи, Институт социальной гигиены и организации служб здравоохранения, Берлин

Проф. Horst Huyoff

Директор Института социальной гигиены, Грайсфальд

Д-р Dieter Moevius

Главный врач округа Нойбранденбург

Г-н Fredo Wegmarshaus

Заместитель заведующего Национальным бюро по делам ВОЗ, Министерство здравоохранения Германской Демократической Республики, Берлин

Проф. Otto Weiss

Директор сотрудничающего с ВОЗ центра по больницам и первичной медико-санитарной помощи, Институт социальной гигиены и организации служб здравоохранения, Берлин (Председатель)

Дания

Д-р Nils Rosdahl

Заместитель Генерального директора Национального управления здравоохранения, Копенгаген

Израиль

Д-р Dan Oppenheim

Начальник, Отдел медицинского управления и медицинских кадров, Kupat Holim Headquarters, Тель-Авив

Ирландия

Г-н Fred Donoghue

Руководитель программы коммунального медицинского обслуживания, Управление здравоохранения, Дублин

Нидерланды

Д-р D.H. de Bakker

Старший научный сотрудник, Фонд NIVEL, Утрехт

Норвегия

Д-р Folke Sundelin

Главный врач, Отдел исследований в области служб здравоохранения, Национальный институт общественного здравоохранения, Осло

Польша

Д-р Janusz T. Opolski

Медицинский центр подготовки аспирантов, Черниковская больница, Варшава

Португалия

Д-р Carlos Manuel Pedroso Pira
Заместитель Генерального директора, Генеральное
управление по первичной медико-санитарной помощи,
Лиссабон

Румыния

Д-р Elena Pirvu
Руководитель медицинского управления уезда Сибиу

СССР

Д-р Dovile Macikenaite
Научный сотрудник Кардиологического института
им. Янушкевичуса, Каунас, Литовская ССР

Д-р Жибек Абдуалиевна Карагулова
Зав. отделом зарубежного здравоохранения, Отдел
первичной медико-санитарной помощи и зарубежного
здравоохранения, Институт региональной патологии,
Алма-Ата, Казахская ССР

Д-р V. Kuzminskis
Каунасский медицинский институт, Литовская ССР

Проф. О.П. Минцер
Кафедра медицинской информационной поддержки и
компьютерной технологии, Киевский государственный
институт передовых медицинских исследований

Федеративная Республика Германии

Г-н Helmut Breitkopf
Округ Унна, Управление здравоохранения, Унна

Д-р Gerhard Brenner
Управляющий, Центральный институт страховой
медицины, Кельн

Финляндия

Д-р Arto Niemi
Директор отдела первичной медико-санитарной помощи,
Национальное управление здравоохранения, Хельсинки

Г-н Tuomo Teittinen
И.о. адъюнкт-профессора по вопросам общественного
управления, Факультет управления здравоохранения,
Университет Куопио

Чехословакия

Д-р Jiří Boukal
Заместитель директора по научной части, Институт
социальной медицины и организации общественного
здравоохранения, Прага

Швеция

Д-р Anna-Karin Furhoff

Зав. отделом первичной медико-санитарной помощи,
Национальное управление здравоохранения и
социального обеспечения, Стокгольм (Заместитель
председателя)

Югославия

Д-р Fahrudin Kulenovic

Директор Регионального института общественного
здравоохранения, Сараево

Наблюдатели

- Д-р Peter Beddies
Заведующий амбулаторией, Пенцлин, Германская
Демократическая Республика
- Д-р Horst Behrend
Районный врач, Тетеров, Германская Демократическая
Республика
- Д-р Christa Kopske
Научный сотрудник, Институт социальной гигиены и
организации служб здравоохранения, Берлин,
Германская Демократическая Республика
- Д-р Ralf Matthesius
Начальник отдела, Институт социальной гигиены и
организации служб здравоохранения, Берлин,
Германская Демократическая Республика
- Г-жа Ingrid Schilling
Старшая медсестра районной больницы, Рёбель,
Германская Демократическая Республика
- Г-жа Editha Schmidt
Медицинская сестра, Рёбель, Германская
Демократическая Республика
- Д-р Martina Schönebeck
Начальник отдела, Институт социальной гигиены и
организации служб здравоохранения, Берлин, Германская
Демократическая Республика
- Д-р Manfred Schulze
Районный врач, Рёбель, Германская Демократическая
Республика

Д-р Ulrich Staaks

Директор, BISOG, Нойбранденбург, Германская
Демократическая Республика

Проф. Jochen Walter

Начальник отдела, Институт социальной гигиены и
организации служб здравоохранения, Берлин,
Германская Демократическая Республика

Д-р Felix Wolff

Заведующий отделом гигиены труда, Нойбранденбург,
Германская Демократическая Республика

Д-р Erhard Wolfram

Начальник отдела, Институт социальной гигиены и
организации служб здравоохранения, Берлин,
Германская Демократическая Республика

Временные консультанты

Д-р Luka Kovacic

Адъюнкт-профессор, Сотрудничающий центр ВОЗ по
первичной медико-санитарной помощи, Школа
общественного здравоохранения им. Андрея Стампара,
Загреб, Югославия

Д-р Esteban de Manuel

Координатор научных исследований, Андалузская школа
общественного здравоохранения, Гранада, Испания

Д-р Per Wium

Заведующий медицинской частью отдела гигиены труда и
производственной среды, Норвежская конфедерация
предпринимателей, Осло, Норвегия

Г-жа Josephine Wood

Старший научный сотрудник, Научно-исследовательский
центр по первичной медико-санитарной помощи,
Факультет общей практики, Манчестерский университет,
Соединенное Королевство (докладчик)

Всемирная организация здравоохранения

Штаб-квартира

Д-р Ferdinand Siem Tjam

Районные системы здравоохранения

Европейское региональное бюро

Д-р Walter Hubrich

Региональный сотрудник по первичной
медико-санитарной помощи (Секретариат)