



ИНФОРМАЦИОННЫЙ ОБЗОР ПО ПЕРЕДОВОМУ ОПЫТУ

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

Toni Dedeu¹

Tino Marti²

Мотивация

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

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

Начиная с 1985 года появились новые модели первичной медико-санитарной помощи, основанные на роли медсестер и создании информационных систем, а также на улучшении интеграции с общинными больницами и другими поставщиками медицинских услуг.

Ключевые компоненты модели многопрофильных команд первичной медико-санитарной помощи

Население

Команды первичной медико-санитарной помощи обслуживают “базовые медицинские участки” – новое деление, основанное на естественном

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

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

Ключевые выводы

- Реализация масштабной реформы в области первичной медико-санитарной помощи потребовала времени.
- Прочная научная база и участие научных обществ способствовали укреплению и расширению сферы охвата первичной медико-санитарной помощи.
- Общественная репутация служб первичной медико-санитарной помощи и специалистов улучшилась благодаря непрерывным инвестициям в физическую и информационную инфраструктуру и кампании.
- Многодисциплинарный характер команд первичной медико-санитарной помощи привел к улучшению оперативности реагирования и показателей в отношении здоровья.
- Инновации в сфере информационных технологий в службах первичной медико-санитарной помощи являются краеугольным камнем как клинической практики, так и эффективного управления.
- Увязывание контрактов и механизмов оплаты по результатам работы с повышением качества оказываемых услуг позволило специалистам по планированию и руководителям служб здравоохранения содействовать достижению целей политики в области здравоохранения.
- Ориентация на общинную деятельность и интеграция в области общественного здравоохранения получили существенную поддержку.

географическом распределении людей. Эти прикрепленные районы помогли развернуть реформу первичной медико-санитарной помощи, в которой особое внимание уделяется роли общин, а ответственность перед прикрепленными группами населения возлагается на службы первичной медико-санитарной помощи. Средний “базовый медицинский участок” охватывает около 20 000 человек. Каждый житель автоматически прикрепляется к команде первичной медико-санитарной помощи с семейным врачом и медсестрой в качестве контактных специалистов. С течением времени произошли изменения в отношении права выбора гражданина, позволив пациентам менять своего врача и медсестру не реже одного раза в год.

Многопрофильные команды

Команды первичной медико-санитарной помощи состоят из семейных врачей, педиатров, стоматологов, медсестер первичного звена, санитаров, социальных работников и административного персонала системы здравоохранения, совместно обслуживающих базовый медицинский участок (вставка 1). Командная работа осуществляется путем распределения

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

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

обязанностей по уходу за пациентами между врачами и медсестрами, а также резервирования одного часа в день для совместных мероприятий внутри команды, таких как клинические, учебные или координационные занятия.

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

Пакет услуг

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

Рабочие условия

Ключевой причиной необходимости улучшения эффективности оказания услуг первичной медико-санитарной помощи стало обеспечение доступности услуг. В результате реформы число часов работы семейных врачей и медсестер увеличилось до полной ставки (36 часов в неделю). Это изменение позволило им обслуживать свои участки с 08:00 до 20:00 в две рабочие смены. Одновременное нахождение на работе обеих смен в течение одного часа в день - с 14:00 до 15:00 - гарантирует наличие времени для планирования мероприятий внутри команды, таких как клинические, учебные и организационные занятия, обеспечивающие совершенствование методов коллективной работы и повышение сплоченности команды. Параллельно с этим, вознаграждение врачей трансформировалось от подушевой оплаты к базовой зарплате с дополнительными выплатами с учетом таких характеристик населения, как проживание в сельской местности или социально-экономический уровень. В 2003 году в схемы оплаты врачей было

введено вознаграждение с учетом выполненной работы (P4P), основывающееся на достижении годовых целей, а также четырехуровневая программа профессионального развития, которые в 2006 году стали распространяться также на других членов команды. Несмотря на то, что размер вознаграждения в рамках P4P недавно снизился (от 15% до 7,5% годового оклада), P4P продолжает оставаться практическим инструментом для руководителей здравоохранения, используемым для приведения клинических моделей оказания помощи в соответствие с целями региональной или национальной политики здравоохранения.

Рисунок 1. Эволюция услуг первичной медико-санитарной помощи



Контракт на оказание медицинских услуг

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

Информационные системы здравоохранения

Во время проведения реформы невозможно было предвидеть ту преобразующую силу, которую будут иметь информационные системы здравоохранения. С 1999 года информационная система первичной медико-санитарной помощи (ЕСАР) стоит на службе команд первичной медико-санитарной помощи для обеспечения соблюдения принципов первичной медико-санитарной помощи: доступность, непрерывность лечения, продолжительность, качество и эффективность. ЕСАР позволяет семейным врачам и медсестрам вести медицинские карты пациентов, назначать диагностические тесты и лекарственные препараты, придерживаться клинических руководств и общаться с пациентами в рамках надежной системы электронных консультаций. Специальная система стратификации риска (GMA) позволяет классифицировать пациентов в соответствии с

их риском развития заболеваний и предоставить эту информацию поставщикам медицинских услуг для проведения упреждающего лечения пациентов с хроническими заболеваниями (2). Система бизнес-анализа (SISAP), основанная на ECAP, предоставляет врачам и руководителям здравоохранения информацию для отслеживания показателей качества оказания медицинской помощи и сопоставления показателей с другими учреждениями и другими территориями. Каталонская инфраструктура электронного здравоохранения дополняет ECAP и SISAP службой электронных рецептов на лекарства, доступными всему медицинскому персоналу электронными медицинскими картами (пациентов HC3), необходимыми для доступа к больничным записям и записям других поставщиков медицинских услуг, а также личной медицинской картой пациента (La Meva Salut), которая позволяет пациентам получить доступ к своим собственным медицинским данным и воспользоваться такими услугами, как электронные консультации.

Практика, основанная на фактических данных, и повышение качества

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

Воздействие многопрофильных команд первичной медико-санитарной помощи

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

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

С точки зрения эффективности, затраты на первичное медико-санитарное обслуживание остаются стабильными и составляют примерно 15% от общих расходов на здравоохранение; одновременно с этим показатели процесса и его результатов улучшились благодаря использованию инструментов мониторинга качества оказания услуг и схемы оплаты по результатам работы. За последние 10 лет это также способствовало контролю стоимости отпускаемых по рецепту лекарств при сохранении качества их назначения.

Последующие шаги

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

Извлеченные уроки

Внедрение масштабной реформы в области первичной медико-санитарной помощи может быть долгим и трудным процессом. Осуществление реформы в Каталонии потребовало 22 лет непрерывных усилий, требующих устойчивого социального и политического консенсуса.

Прочная научная основа, разработанная в области семейной и общинной медицины, и поддерживающая роль научного сообщества способствовала развитию практики семейных врачей и расширению масштабов деятельности первичной медико-санитарной помощи. Ожидается, что в ближайшие годы новая специализация семейной и участковой медсестры и соответствующее научное сообщество окажут аналогичное воздействие.

Общественная репутация служб первичной медико-санитарной помощи, семейных врачей и медсестер положительно развивалась благодаря постоянным инвестициям в физическую и информационную инфраструктуру, а также кампаниям в области здравоохранения, ориентированным на первичную медико-санитарную помощь.

Многопрофильный характер команд первичной медико-санитарной помощи привел к улучшению качества реагирования и показателей в отношении здоровья. Вклад медсестер первичной медико-санитарной помощи в работу семейных врачей позволил обеспечить повышение доступности, полноты, непрерывности и координации оказываемых медицинских услуг. Усиление акцента на участие других членов команды, таких как социальные работники, позволит обеспечить улучшение ухода за пациентами с хроническими заболеваниями и удовлетворение социальных потребностей.

Инновации в сфере информационных технологий в службах первичной медико-санитарной помощи являются краеугольным камнем как для клинической практики, так и для управления службами здравоохранения. ЕСАР, информационная система первичной медико-санитарной помощи, стала информационной основой управления здравоохранением, обеспечения непрерывности и координации медицинской помощи, а также источником колоссального количества данных о здоровье, необходимых для исследований в области первичной медико-санитарной помощи. Ожидается, что новые услуги в области электронного здравоохранения, такие как электронные консультации и личные медицинские карты пациентов, будут способствовать преобразованию модели оказания услуг и существенному повышению доступности медицинской помощи, а также расширению прав и возможностей пациентов.

Увязывание контрактов и схем оплаты по результатам работы с аспектами повышения качества позволяют специалистам в области планирования и руководителям здравоохранения эффективно осуществлять цели политики здравоохранения. Действия организаций, команд и отдельных лиц согласованы с общими целями, которые легко измерять, контролировать и воплощать в рамках существующих информационных систем. Акцент на качество, а не на действие или сбережение средств повысил степень вовлеченности медицинских работников.

Общерегionalная инициатива в области общинного здравоохранения (ComSalut) и межсекторальный план общественного здравоохранения (PINSAP), которые активно используют команды первичной медико-санитарной помощи, совместно с ENAPISC, вновь подчеркнули **необходимость уделять особое внимание общинной ориентации и интеграции в области общественного здравоохранения.**

Библиография

- (1) Brugués AB, Grao AP, Rodríguez FP, Viladomat EM, Ferret JG, Mateo GF (2016). Evaluation of Nurse Demand Management in Primary Care. *Aten Primaria*. 48(3):159–65.
- (2) Monterde D, Vela E, Clèries M (2016). Adjusted morbidity groups: A new multiple morbidity measurement of use in Primary Care. *Aten Primaria*. 48(10):674–82.
- (3) Boo LM, Coma E, Medina M, Hermosilla E, Iglesias M, Olmos C et al. (2016). Effectiveness of computerized point-of-care reminders on adherence with multiple clinical recommendations by primary health care providers: protocol for a cluster-randomized controlled trial. *Springerplus*. 5(1):1505.
- (4) Waibel S, Vargas I, Aller MB, Coderch J, Farré J, Vázquez ML. (2016). Continuity of clinical management and information across care levels: perceptions of users of different healthcare areas in the Catalan national health system. *BMC Health Serv Res*. 16(1):466.
- (5) Aller MB, Vargas I, Coderch J, Calero S, Cots F, Abizanda M Vázquez-Navarrete M et al. (2017). Doctors' opinions on clinical coordination between primary and secondary care in the Catalan healthcare system. *Gac Sanit*. pii:S0213-9111(17)30167-X [Epub ahead of print].
- (6) Libro J, Ibañez-Beroiz B, Peiró S, Ridao-López M, Rodríguez-Bernal CL, Gómez-Romero FJ, Bernal-Delgado, E. (2016). Trends and area variations in potentially preventable admissions for COPD in Spain (2002–2013): a significant decline and convergence between areas. *BMC Health Serv Res*. 16(1):367.
- (7) Mata-Cases M, Roura-Olmeda P, Berengué-Iglesias M, Birulés-Pons M, Mundet-Tuduri X, Franch-Nadal JA et al. (2012). Fifteen years of continuous improvement of quality care of type 2 diabetes mellitus in primary care in Catalonia, Spain. *Int J Clin Pract*. 66(3):289–98.

Свяжитесь с нами

Этот краткий аналитический обзор является частью нашей рабочей программы по усилению реагирования системы здравоохранения на ситуацию с неинфекционными заболеваниями.

Другие примеры передовой практики можно найти на нашем сайте
<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-systems-response-to-ncds>.

