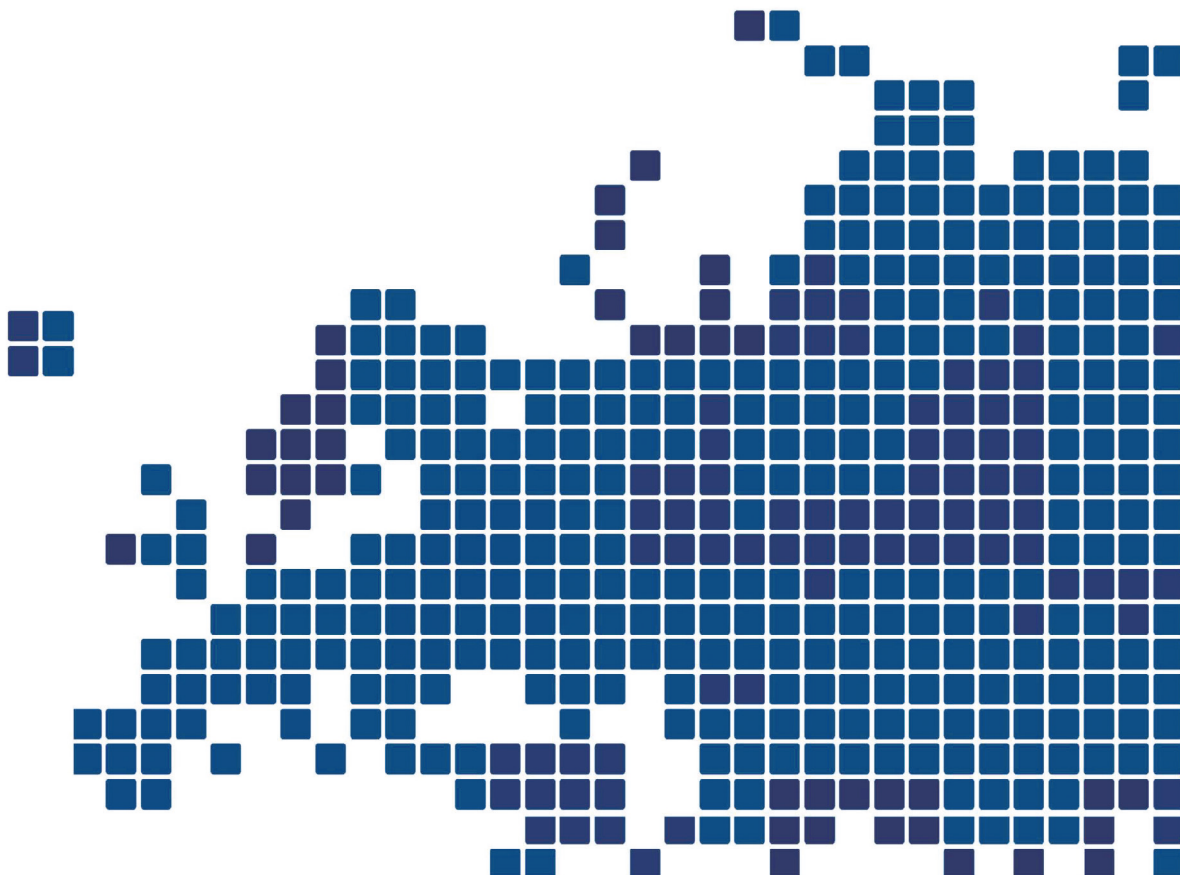


# Организация первичной помощи в условиях меняющейся Европы

38

Серия  
Исследования Обсерватории

Под редакцией  
Dionne S. Kringos  
Wienke G.W. Boerma  
Allen Hutchinson  
Richard B. Saltman



Европейская

обсерватория

по системам и политике здравоохранения



Перевод с английского: Building primary care in a changing Europe.  
Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2015

Министерство здравоохранения Российской Федерации оплатило перевод и печать этой публикации на русском языке.



Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения поддерживает и стимулирует формирование политики здравоохранения на основе фактических данных посредством всестороннего и тщательного анализа систем здравоохранения в Европе. Для выполнения анализа тенденций в реформировании здравоохранения она объединяет широкий круг лиц, формирующих политику, ученых и практических работников и использует опыт всей Европы, чтобы освещать вопросы стратегической важности.

Обсерватория представляет собой партнерство на базе Европейского регионального бюро ВОЗ, в котором участвуют правительства Австрии, Бельгии, Ирландии, Норвегии, Словении, Соединенного Королевства, Финляндии, Швеции и итальянского региона Венето, Европейская комиссия, Всемирный банк, Французский национальный союз фондов медицинского страхования (UNCAM), Лондонская школа экономики и политических наук и Лондонская школа гигиены и тропической медицины.

# Организация первичной помощи в условиях меняющейся Европы

Под редакцией

**Dionne S. Kringos**

**Wienke G.W. Boerma**

**Allen Hutchinson**

**Richard B. Saltman**

Ключевые слова:

DELIVERY OF HEALTH CARE  
HEALTH CARE SYSTEMS  
PRIMARY CARE  
PRIMARY HEALTH CARE  
PUBLIC HEALTH

© Всемирная организация здравоохранения, 2018 (в качестве ведущей организации и секретариата Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения)

Все права защищены. Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикации частично или полностью.

Запросы относительно публикаций следует направлять по адресу:

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

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

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ.

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

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

ISBN 978 9 2890 5366 2

Оформление обложки: M2M

Отпечатано в Российской Федерации

# Содержание

<b>Предисловие</b>	<b>8</b>
<b>Список таблиц и рисунков</b>	<b>9</b>
<b>Глава 1</b>	
<b>Введение</b>	<b>25</b>
<i>Wienke Boerma u Dionne Kringos</i>	
1.1 Многообразие задач, стоящих перед системами здравоохранения	25
1.2 Что собой представляет крепкое первичное звено медико-санитарной помощи	28
1.3 Крепкое первичное звено медико-санитарной помощи как возможный способ решения всех проблем	29
1.4 Концептуальная основа	30
1.5 Методы исследования PHAMEU	32
1.6 Что добавляет эта книга к существующим знаниям	34
1.7 Структура этой книги	34
<i>Библиография</i>	35
<b>Глава 2</b>	
<b>Структура и организация первичной медико-санитарной помощи</b>	<b>38</b>
<i>Margus Lember, Thomas Cartier, Yann Bourgueil, Toni Dedeu, Allen Hutchinson, Dionne Kringos</i>	
2.1 Управление	38
2.2 Экономическая ситуация	46
2.3 Развитие трудовых ресурсов	51
2.4 Общая структура первичного звена помощи	58
2.5 Надлежащая практика и проблемы выстраивания первичного звена помощи	60
2.6 Заключение	62
<i>Библиография</i>	63
<b>Глава 3</b>	
<b>Оказание услуг в рамках первичной помощи</b>	<b>64</b>
<i>Andrew Wilson, Adam Windak, Marek Oleszczyk, Stefan Wilm, Toralf Hasvold, Dionne Kringos</i>	
3.1 Доступ к первичной помощи	64
3.2 Непрерывность и преемственность первичной помощи	71
3.3 Координация первичной помощи	76
3.4 Комплексный характер услуг в сфере первичной помощи	85
3.5 Общая ситуация с предоставлением услуг в рамках первичной помощи	90
3.6 Примеры факторов, которые учитываются при анализе эффективности	92
<i>Библиография</i>	93

**Глава 4**

**Разнообразие рассматриваемых систем первичной помощи 94**

*Dionne Kringos, Wienke Boerma, Yann Bourgueil, Thomas Cartier, Toni Dedeu, Toralf Hasvold, Allen Hutchinson, Margus Lember, Marek Oleszczyk, Danica Rotar Pavlič*

4.1 Различия в структурных аспектах 94

4.2 Различия в процессах оказания помощи 95

4.3 Различия в общих показателях устойчивости системы первичной помощи 100

4.4 Эффективность первичной помощи 100

4.5 Роль благосостояния, культуры, типа системы здравоохранения и политики 101

4.6 Роль крепкого звена первичной помощи в работе системы здравоохранения 103

4.7 Выводы и наблюдения 104

*Библиография* 107

**Глава 5**

**Краткий обзор первичного звена помощи и задачи на будущее 108**

*Wienke Boerma, Yann Bourgueil, Thomas Cartier, Toralf Hasvold, Allen Hutchinson, Dionne Kringos, Madelon Kroneman*

5.1 Первичное звено помощи в Европе сегодня 108

5.2 Первичное звено помощи в Европе сегодня 111

5.3 Первичное звено помощи в Европе: различия и сходство 115

5.4 Дополнительные наблюдения 116

5.5 Варианты мониторинга первичной помощи 118

5.6 Заключение 121

*Библиография* 121

**Приложение I – Мониторинг первичной помощи в Европе 123**

**Приложение II – Подсчет показателей для Мониторинга первичной помощи в Европе 138**

*Библиография* 159

## Том 2: Страновые отчеты по состоянию первичной помощи

(опубликованы отдельно и доступны в интернете, см. *Building primary care in a changing Europe – Case studies* - <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/studies>)

### I.1 Австрия

*M. Redaelli, S. Wilm, D. Simic, M. Sprenger*

### I.2 Бельгия

*T. Cartier, L. Ryssaert, Y. Bourgueil*

### I.3 Болгария

*D.S. Kringos, P. Salchev*

### I.4 Кипр

*G. Samoutis, P. Tedeschi*

### I.5 Чешская Республика

*A. Windak, M. Oleszczyk, B. Seifert*

### I.6 Дания

*T. Hasvold*

### I.7 Эстония

*K. Põlluste, M. Lember*

### I.8 Финляндия

*K. Winell, T. Dedeu*

### I.9 Франция

*T. Cartier, Y. Bourgueil*

### I.10 Германия

*D. Simic, S. Wilm, M. Redaelli*

### I.11 Греция

*C. Lionis, P. Tedeschi, A. Saridaki*

### I.12 Венгрия

*S. Wilm, P. Vajer, I. Rurik*

### I.13 Исландия

*A. Hutchinson*

### I.14 Ирландия

*A. Hutchinson*

### I.15 Италия

*P. Tedeschi*

### I.16 Латвия

*S. Veide, M. Lember, K. Põlluste*

### I.17 Литва

*V. Kasiulevičius, M. Lember*

### I.18 Люксембург

*D.S. Kringos, M. Aubart, J. Leners, R. Stein*

### I.19 Мальта

*D. Rotar Pavlič, J.K. Soler, M.R. Sammut*

### I.20 Нидерланды

*D.S. Kringos, J. van Riet Paap, W.G.W. Boerma*

### I.21 Норвегия

*T. Hasvold, B. Christensen*

### I.22 Польша

*A. Windak, M. Oleszczyk*

### I.23 Португалия

*C. Fonseca, T. Dedeu, L. Pisco, A. Gouveia*

### I.24 Румыния

*D. Roțar Pavlič, R. Miftode, A. Balan, Z. Farkas Pall*

### I.25 Словакия

*A. Windak, M. Oleszczyk, E. Jurgova*

### I.26 Словения

*D. Rotar Pavlič, I. Švab, R. Brinovec Pribaković*

### I.27 Испания

*T. Dedeu, B. Bolibar, J. Gené, C. Pareja, C. Violan*

### I.28 Швеция

*T. Hasvold*

### I.29 Швейцария

*T. Cartier, N. Senn, J. Cornuz, Y. Bourgueil*

### I.30 Турция

*D.S. Kringos, M. Akman, W.G.W. Boerma*

### I.31 Соединенное Королевство

*A. Wilson*

# Предисловие

В основе книги лежит проект «Мониторинг первичной медико-санитарной помощи для Европы» (PHAMEU), которой проводился с 2007 по 2010 г. Разработкой и координацией проекта занимался Нидерландский институт исследований служб здравоохранения (NIVEL) в сотрудничестве с другими организациями в европейских странах. Свой вклад в эту книгу внесли следующие члены партнерства:

- NIVEL, Нидерландский институт исследований служб здравоохранения, Утрехт, Нидерланды: Dionne Sofia Kringos и Wienke Boerma
- Тартуский университет, Эстония: Margus Lember
- IRDES, Институт научных исследований и информации в области экономики здравоохранения, Париж, Франция: Yann Bourgueil и Thomas Cartier
- Университет имени Генриха Гейне и университет Виттен/Хердекке, Дюссельдорф, Германия: Stefan Wilm и Harald Abholz
- Университет Боккони SERGAS, Милан, Италия: Paolo Tedeschi
- Университет Тромсё, Норвегия: Toralf Hasvold
- Медицинский колледж Ягеллонского университета, Краков, Польша: Adam Windak и Marek Oleszczyk
- Люблянский университет, Словения: Danica Rotar Pavlič и Igor Švab
- Фонд IDIAP Jordi Gol, Барселона, Испания: Toni Dedeu и Bonaventura Bolibar
- Университет Шеффилда, ScHARR и университет Лестера, Соединенное Королевство: Allen Hutchinson и Andrew Wilson
- Исследование PHAMEU частично финансировалось Европейской комиссией (Генеральный директорат по здравоохранению и защите прав потребителей, SANCO)

Этот проект получил поддержку от Европейского регионального бюро ВОЗ, Европейского форума первичной медико-санитарной помощи, Европейской ассоциации общественного здравоохранения и Европейской сети исследований в области общей врачебной практики.

Выражаем благодарность специалистам из каждой страны, предоставившим данные и информацию, на которых основано это исследование. Их имена перечислены в главах по соответствующим странам. И наконец, авторы благодарят коллег из NIVEL за рецензирование предыдущей версии этой работы.



# Список таблиц и рисунков

## Таблицы

Таблица 2.1	Управление системой первичной помощи, обзор отдельных результатов по странам	40
Таблица 2.2	Экономическая ситуация в сфере первичной помощи, обзор отдельных результатов по странам	47
Таблица 2.3	Развитие трудовых ресурсов в сфере первичной помощи, обзор отдельных результатов по странам	54
Таблица 3.1	Доступность услуг первичной помощи, обзор отдельных результатов по странам	66
Таблица 3.2	Непрерывность и преемственность услуг первичной помощи, обзор отдельных результатов по странам	74
Таблица 3.3	Координация услуг первичной помощи, обзор отдельных результатов по странам	78
Таблица 3.4	Комплексный характер услуг первичной помощи, обзор отдельных результатов по странам	86
Таблица 4.1	Обзор показателей по странам	98
Таблица 4.2	Корреляция показателей структуры и процесса первичной помощи с показателями результатов	105

## Рисунки

Рисунок 1.1	Структура системы первичной помощи	31
Рисунок 2.1	Оценка общего управления первичной помощью по странам (шкала 1 (низкая) – 3 (высокая))	45
Рисунок 2.2	Оценка общей экономической ситуации в сфере первичной помощи по странам (шкала 1 (низкая) – 3 (высокая))	52
Рисунок 2.3	Оценка общего развития трудовых ресурсов в сфере первичной помощи по странам (шкала 1 (низкая) – 3 (высокая))	59
Рисунок 2.4	Общий (высокий/средний/низкий) уровень управления, развития трудовых ресурсов и экономической ситуации в сфере первичной помощи по странам	60
Рисунок 3.1	Оценка общего доступа к первичной помощи по странам (шкала 1 (низкая) – 3 (высокая))	72
Рисунок 3.2	Оценка общей непрерывности услуг первичной помощи по странам (шкала 1 (низкая) – 3 (высокая))	77
Рисунок 3.3	Оценка общей координации услуг первичной помощи по странам (шкала 1 (низкая) – 3 (высокая))	84
Рисунок 3.4	Оценка общей комплексности услуг первичной помощи по странам (шкала 1 (низкая) – 3 (высокая))	91

## 10 Организация первичной помощи в условиях меняющейся Европы

Рисунок 3.5	Общий (высокий/средний/низкий) уровень доступности, непрерывности и координации первичной помощи по странам	92
Рисунок 4.1	Ранжирование стран по комбинированным оценкам структурных аспектов первичной помощи	96
Рисунок 4.2	Неравномерность общей устойчивости системы первичной медико-санитарной помощи в Европе	101
Рисунок 4.3	Обзор оценки эффективности на основании соотношений (А) структура – процесс и (В) процесс – результат	102
Рисунок 5.1	Роль ВОП как врача первого контакта в Европе в 1993 г.; степень участия 1 (низкая) – 4 (высокая)	112

## **Том 2: Страновые отчеты по состоянию первичной помощи (на английском языке)**

### **Австрия**

Таблица A1.1 Развитие ресурсов здравоохранения и их использование

Таблица A1.2 Участие ВОП в оказании различных услуг в рамках первичной помощи

Рис. A1.1 Соотношение средних доходов медицинских работников и ВОП в середине карьеры

Рис. A1.2 Динамика укомплектованности специалистами первичной помощи на 100 000 жителей за последние пять лет

Рис. A1.3 Масштабы применения организационных механизмов в практике первичной помощи или в центрах первичной помощи

Рис. A1.4 Совместная практика

Рис. A1.5 Количество госпитализаций на 100 000 населения с диагнозом, установленным в первичном звене медико-санитарной помощи, за последний год

### **Бельгия**

Таблица A2.1 Развитие ресурсов здравоохранения и их использование

Таблица A2.2 Участие ВОП в оказании различных услуг в рамках первичной помощи

Рис. A2.1 Соотношение средних доходов медицинских работников и ВОП в середине карьеры

Рис. A2.2a Динамика укомплектованности работниками первичной помощи на 100 000 жителей за последние пять лет

Рис. A2.2b Динамика укомплектованности работниками первичной помощи (только медицинскими специалистами) на 100 000 жителей

Рис. A2.3 Масштабы применения организационных механизмов в практике первичной помощи или в центрах первичной помощи

Рис. A2.4 Количество госпитализаций на 100 000 населения с диагнозом, установленным в первичном звене медико-санитарной помощи, за последний год

## 12 Организация первичной помощи в условиях меняющейся Европы

### **Болгария**

Таблица А3.1 Формирование ресурсов здравоохранения и их использование

Таблица А3.2 Направления на госпитализацию

Таблица А3.3 Участие ВОП в оказании различных услуг в рамках первичной помощи

Рис. А3.1 Соотношение средних доходов медицинских работников и ВОП в середине карьеры

Рис. А3.2 Динамика укомплектованности работниками первичной помощи на 100 000 жителей за последние пять лет

Рис. А3.3 Масштабы применения организационных механизмов в практике первичной помощи или в центрах первичной помощи

Рис. А3.4 Удовлетворенность пациентов аспектами оказания помощи

Рис. А3.5 Совместная практика

Рис. А3.6 Расчетное число госпитализаций на 100 000 населения с диагнозом, установленным в первичном звене медико-санитарной помощи, за последний год

### **Кипр**

Таблица А4.1 Формирование ресурсов здравоохранения и их использование

Таблица А4.2 Участие ВОП в оказании различных услуг в рамках первичной помощи

### **Чешская Республика**

Таблица А5.1 Формирование ресурсов здравоохранения и их использование

Таблица А5.2 Участие ВОП в оказании различных услуг в рамках первичной помощи

Рис. А5.1 Соотношение средних доходов медицинских работников и ВОП в середине карьеры

Рис. А5.2 Динамика укомплектованности работниками первичной помощи на 100 000 жителей за последние пять лет

Рис. А5.3 Масштабы применения организационных механизмов в практике первичной помощи или в центрах первичной помощи

Рис. А5.4 Совместная практика

Рис. А5.5 Количество госпитализаций на 100 000 населения с диагнозом, установленным в первичном звене медико-санитарной помощи, за последний год

## **Дания**

Таблица А6.1 Формирование ресурсов здравоохранения и их использование

Таблица А6.2 Участие ВОП в оказании различных услуг в рамках первичной помощи

Рис. А6.1 Соотношение средних доходов медицинских работников и ВОП в середине карьеры

Рис. А6.2 Динамика укомплектованности работниками первичной помощи на 100 000 жителей за последние пять лет

Рис. А6.3 Масштабы применения организационных механизмов в практике первичной помощи или в центрах первичной помощи

Рис. А6.4 Удовлетворенность пациентов аспектами оказания помощи

Рис. А6.5 Совместная практика

## **Эстония**

Таблица А7.1 Формирование ресурсов здравоохранения и их использование

Таблица А7.2 Участие ВОП в оказании различных услуг в рамках первичной помощи

Рис. А7.1 Соотношение средних доходов медицинских работников и ВОП в середине карьеры

Рис. А7.2 Динамика укомплектованности работниками первичной помощи на 100 000 жителей за последние пять лет

Рис. А7.3 Масштабы применения организационных механизмов в практике первичной помощи или в центрах первичной помощи

Рис. А7.4 Удовлетворенность пациентов аспектами оказания помощи

Рис. А7.5 Совместная практика

Рис. А7.6 Количество госпитализаций на 100 000 населения с диагнозом, установленным в первичном звене медико-санитарной помощи, за последний год

## **Финляндия**

Таблица А8.1 Формирование ресурсов здравоохранения и их использование

Таблица А8.2 Участие ВОП в оказании различных услуг в рамках первичной помощи

Рис. А8.1 Соотношение средних доходов медицинских работников и ВОП в середине карьеры

Рис. А8.2 Динамика укомплектованности (отдельными) работниками первичной помощи на 100 000 жителей за последние пять лет

Рис. А8.3 Масштабы применения организационных механизмов в практике первичной помощи или в центрах первичной помощи

Рис. А8.4 Удовлетворенность пациентов аспектами оказания помощи

Рис. А8.5 Совместная практика

Рис. А8.6 Количество госпитализаций на 100 000 населения с диагнозом, установленным в первичном звене медико-санитарной помощи, за последний год

## **Франция**

Таблица А9.1 Формирование ресурсов здравоохранения и их использование

Таблица А9.2 Участие ВОП в оказании различных услуг в рамках первичной помощи

Рис. А9.1 Соотношение средних доходов медицинских работников и ВОП в середине карьеры

Рис. А9.2 Динамика укомплектованности работниками первичной помощи на 100 000 жителей

Рис. А9.3 Масштабы применения организационных механизмов в практике первичной помощи или в центрах первичной помощи

Рис. А9.4 Количество госпитализаций на 100 000 населения с диагнозом, установленным в первичном звене медико-санитарной помощи, за последний год

## Германия

Таблица А10.1 Развитие ресурсов здравоохранения и их использование

Таблица А10.2 Участие ВОП в оказании различных услуг в рамках первичной помощи

Рис. А10.1 Соотношение средних доходов медицинских работников и ВОП в середине карьеры

Рис. А10.2 Динамика укомплектованности работниками первичной помощи на 100 000 жителей за последние пять лет

Рис. А10.3 Масштабы применения организационных механизмов в практике первичной помощи или в центрах первичной помощи

Рис. А10.4 Удовлетворенность пациентов аспектами оказания помощи

Рис. А10.5 Совместная практика

Рис. А10.6 Количество госпитализаций на 100 000 населения с диагнозом, установленным в первичном звене медико-санитарной помощи, за последний год

## Греция

Таблица А11.1 Формирование ресурсов здравоохранения и их использование

Таблица А11.2 Участие ВОП в оказании различных услуг в рамках первичной помощи

Рис. А11.1 Соотношение средних доходов медицинских работников и ВОП в середине карьеры

Рис. А11.2 Динамика укомплектованности работниками первичной помощи на 100 000 жителей за последние пять лет

Рис. А11.3 Масштабы применения организационных механизмов в практике первичной помощи или в центрах первичной помощи

Рис. А11.4 Удовлетворенность пациентов аспектами оказания помощи

Рис. А11.5 Совместная практика

## **Венгрия**

Таблица А12.1 Формирование ресурсов здравоохранения и их использование

Таблица А12.2 Участие ВОП в оказании различных услуг в рамках первичной помощи

Рис. А12.1 Соотношение средних доходов медицинских работников и ВОП в середине карьеры

Рис. А12.2 Динамика укомплектованности работниками первичной помощи на 100 000 жителей за последние пять лет

Рис. А12.3 Масштабы применения организационных механизмов в практике первичной помощи или в центрах первичной помощи

Рис. А12.4 Удовлетворенность пациентов аспектами оказания помощи

Рис. А12.5 Совместная практика

## **Исландия**

Таблица А13.1 Формирование ресурсов здравоохранения и их использование

Таблица А13.2 Участие ВОП в оказании различных услуг в рамках первичной помощи

Рис. А13.1 Динамика укомплектованности работниками первичной помощи на 100 000 жителей за последние пять лет

Рис. А13.2 Масштабы применения организационных механизмов в практике первичной помощи или в центрах первичной помощи

Рис. А13.3 Совместная практика

Рис. А13.4 Количество госпитализаций на 100 000 населения с диагнозом, установленным в первичном звене медико-санитарной помощи, за последний год

## **Ирландия**

Таблица А14.1 Формирование ресурсов здравоохранения и их использование

Таблица А14.2 Участие ВОП в оказании различных услуг в рамках первичной помощи

Рис. А14.1 Соотношение средних доходов медицинских работников и ВОП в середине карьеры



Рис. А14.2 Динамика укомплектованности работниками первичной помощи на 100 000 жителей за последние пять лет

Рис. А14.3 Масштабы применения организационных механизмов в практике первичной помощи или в центрах первичной помощи

Рис. А14.4 Удовлетворенность пациентов аспектами оказания помощи

Рис. А14.5 Совместная практика

## **Италия**

Таблица А15.1 Формирование ресурсов здравоохранения и их использование

Таблица А15.2 Участие ВОП в оказании различных услуг в рамках первичной помощи

Рис. А15.1 Соотношение средних доходов медицинских работников и ВОП в середине карьеры

Рис. А15.2 Динамика укомплектованности работниками первичной помощи на 100 000 жителей за последние пять лет

Рис. А15.3 Масштабы применения организационных механизмов в практике первичной помощи или в центрах первичной помощи

Рис. А15.4 Количество госпитализаций на 100 000 населения с диагнозом, установленным в первичном звене медико-санитарной помощи, за последний год

## **Латвия**

Таблица А16.1 Формирование ресурсов здравоохранения и их использование

Таблица А16.2 Участие ВОП в оказании различных услуг в рамках первичной помощи

Рис. А16.1 Соотношение средних доходов медицинских работников и ВОП в середине карьеры

Рис. А16.2 Динамика укомплектованности работниками первичной помощи на 100 000 жителей за последние пять лет

Рис. А16.3 Масштабы применения организационных механизмов в практике первичной помощи или в центрах первичной помощи

Рис. А16.4 Удовлетворенность пациентов аспектами оказания помощи

## 18 Организация первичной помощи в условиях меняющейся Европы

### Литва

Таблица А17.1 Формирование ресурсов здравоохранения и их использование

Таблица А17.2 Участие ВОП в оказании различных услуг в рамках первичной помощи

Рис. А17.1 Соотношение средних доходов медицинских работников и ВОП в середине карьеры

Рис. А17.2 Динамика укомплектованности работниками первичной помощи на 100 000 жителей за последние пять лет

Рис. А17.3 Масштабы применения организационных механизмов в практике первичной помощи или в центрах первичной помощи

Рис. А17.4 Удовлетворенность пациентов аспектами оказания помощи

Рис. А17.5 Совместная практика

Рис. А17.6 Количество госпитализаций на 100 000 населения с диагнозом, установленным в первичном звене медико-санитарной помощи, за последний год

### Люксембург

Таблица А18.1 Формирование ресурсов здравоохранения и их использование

Таблица А18.2 Участие ВОП в оказании различных услуг в рамках первичной помощи

Рис. А18.1 Соотношение средних доходов медицинских работников и ВОП в середине карьеры

Рис. А18.2 Динамика укомплектованности работниками первичной помощи на 100 000 жителей за последние пять лет

Рис. А18.3 Масштабы применения организационных механизмов в практике первичной помощи или в центрах первичной помощи

Рис. А18.4 Совместная практика

### Мальта

Таблица А19.1 Формирование ресурсов здравоохранения и их использование

Таблица А19.2 Участие ВОП в оказании различных услуг в рамках первичной помощи

Рис. А19.1 Масштабы применения организационных механизмов в практике первичной помощи или в центрах первичной помощи

Рис. А19.2 Совместная практика

## **Нидерланды**

Таблица А20.1 Формирование ресурсов здравоохранения и их использование

Таблица А20.2 Участие ВОП в оказании различных услуг в рамках первичной помощи

Рис. А20.1 Соотношение средних доходов медицинских работников и ВОП в середине карьеры

Рис. А20.2 Динамика укомплектованности работниками первичной помощи на 100 000 жителей за последние пять лет

Рис. А20.3 Масштабы применения организационных механизмов в практике первичной помощи или в центрах первичной помощи

Рис. А20.4 Удовлетворенность пациентов аспектами оказания помощи

Рис. А20.5 Совместная практика

Рис. А20.6 Количество госпитализаций на 100 000 населения с диагнозом, установленным в первичном звене медико-санитарной помощи, за последний год

## **Норвегия**

Таблица А21.1 Формирование ресурсов здравоохранения и их использование

Таблица А21.2 Участие ВОП в оказании различных услуг в рамках первичной помощи

Таблица А21.3 Среднее количество назначений на 1000 пациентов, сделанных ВОП в 2009 г., с распределением по возрасту

Рис. А21.1 Динамика укомплектованности работниками первичной помощи на 100 000 жителей за последние пять лет

Рис. А21.2 Количество консультаций (включая визиты на дом) на одного жителя в 2006 г., с распределением по возрасту и полу

Рис. А21.3 Количество госпитализаций на 100 000 населения с диагнозом, установленным в первичном звене медико-санитарной помощи, за последний год

## **Польша**

Таблица A22.1 Формирование ресурсов здравоохранения и их использование

Таблица A22.2 Участие ВОП в оказании различных услуг в рамках первичной помощи

Рис. A22.1 Соотношение средних доходов медицинских работников и ВОП в середине карьеры

Рис. A22.2 Динамика укомплектованности работниками первичной помощи на 100 000 жителей за последние пять лет

Рис. A22.3 Масштабы применения организационных механизмов в практике первичной помощи или в центрах первичной медико-санитарной помощи

Рис. A22.4 Количество госпитализаций на 100 000 населения с диагнозом, установленным в первичном звене медико-санитарной помощи, за последний год

## **Португалия**

Таблица A23.1 Формирование ресурсов здравоохранения и их использование

Таблица A23.2 Участие ВОП в оказании различных услуг в рамках первичной помощи

Рис. A23.1 Соотношение средних доходов медицинских работников и ВОП в середине карьеры

Рис. A23.2 Динамика укомплектованности работниками первичной помощи на 100 000 жителей за последние пять лет

Рис. A23.3 Масштабы применения организационных механизмов в практике первичной помощи или в центрах первичной медико-санитарной помощи

Рис. A23.4 Удовлетворенность пациентов аспектами оказания помощи

Рис. A23.5 Совместная практика

## **Румыния**

Таблица A24.1 Формирование ресурсов здравоохранения и их использование

Таблица A24.2 Участие ВОП в оказании различных услуг в рамках первичной помощи

Рис. А24.1 Соотношение средних доходов медицинских работников и ВОП в середине карьеры

Рис. А24.2 Масштабы применения организационных механизмов в практике первичной помощи или в центрах первичной медико-санитарной помощи

Рис. А24.3 Удовлетворенность пациентов аспектами оказания помощи

Рис. А24.4 Совместная практика

## **Словакия**

Таблица А25.1 Формирование ресурсов здравоохранения и их использование

Таблица А25.2 Участие ВОП в оказании различных услуг в рамках первичной помощи

Рис. А25.1 Соотношение средних доходов медицинских работников и ВОП в середине карьеры

Рис. А25.2 Динамика укомплектованности работниками первичной помощи на 100 000 жителей за последние пять лет

Рис. А25.3 Масштабы применения организационных механизмов в практике первичной медико-санитарной помощи или в центрах первичной медико-санитарной помощи

Рис. А25.4 Удовлетворенность пациентов аспектами оказания помощи

Рис. А25.5 Количество госпитализаций на 100 000 населения с диагнозом, установленным в первичном звене медико-санитарной помощи, за последний год

## **Словения**

Таблица А26.1 Формирование ресурсов здравоохранения и их использование

Таблица А26.2 Участие ВОП в оказании различных услуг в рамках первичной помощи

Рис. А26.1 Соотношение средних доходов медицинских работников и ВОП в середине карьеры

Рис. А26.2 Динамика укомплектованности работниками первичной медико-санитарной помощи на 100 000 жителей за последние пять лет

Рис. А26.3 Масштабы применения организационных механизмов в практике первичной медико-санитарной помощи или в центрах первичной медико-санитарной помощи

## **22** Организация первичной помощи в условиях меняющейся Европы

Рис. А26.4 Удовлетворенность пациентов аспектами оказания помощи

Рис. А26.5 Совместная практика

### **Испания**

Таблица А27.1 Формирование ресурсов здравоохранения и их использование

Таблица А27.2 Участие ВОП в оказании различных услуг в рамках первичной помощи

Рис. А27.1 Соотношение средних доходов медицинских работников и ВОП в середине карьеры

Рис. А27.2 Динамика укомплектованности работниками первичной медико-санитарной помощи на 100 000 жителей за последние пять лет

Рис. А27.3 Масштабы применения организационных механизмов в практике первичной медико-санитарной помощи или в центрах первичной медико-санитарной помощи

Рис. А27.4 Удовлетворенность пациентов аспектами оказания помощи

Рис. А27.5 Совместная практика

Рис. А27.6 Количество госпитализаций на 100 000 населения с диагнозом, установленным в первичном звене медико-санитарной помощи, за последний год

### **Швеция**

Таблица А28.1 Формирование ресурсов здравоохранения и их использование

Таблица А28.2 Участие ВОП в оказании различных услуг в рамках первичной помощи

Рис. А28.1 Соотношение средних доходов медицинских работников и ВОП в середине карьеры

Рис. А28.2 Динамика укомплектованности работниками первичной медико-санитарной помощи на 100 000 жителей за последние пять лет

### **Швейцария**

Таблица А29.1 Формирование ресурсов здравоохранения и их использование

Таблица A29.2 Участие ВОП в оказании различных услуг в рамках первичной помощи

Рис. A29.1 Соотношение средних доходов медицинских работников и ВОП в середине карьеры

Рис. A29.2 Динамика укомплектованности работниками первичной медико-санитарной помощи на 100 000 жителей за последние пять лет

Рис. A29.3 Масштабы применения организационных механизмов в практике первичной медико-санитарной помощи или в центрах первичной медико-санитарной помощи

Рис. A29.4 Количество госпитализаций на 100 000 населения с диагнозом, установленным в первичном звене медико-санитарной помощи, за последний год

## **Турция**

Таблица A30.1 Формирование ресурсов здравоохранения и их использование

Таблица A30.2 Участие ВОП в оказании различных услуг в рамках первичной помощи

Рис. A30.1 Соотношение средних доходов медицинских работников и ВОП в середине карьеры

Рис. A30.2 Динамика укомплектованности работниками первичной медико-санитарной помощи на 100 000 жителей за последние пять лет

Рис. A30.3 Масштабы применения организационных механизмов в практике первичной медико-санитарной помощи или в центрах первичной медико-санитарной помощи

Рис. A30.4 Удовлетворенность пациентов аспектами оказания помощи

Рис. A30.5 Совместная практика

## **Соединенное Королевство**

Таблица A31.1 Формирование ресурсов здравоохранения и их использование

Таблица A31.2 Участие ВОП в оказании различных услуг в рамках первичной помощи

Рис. A31.1 Соотношение средних доходов медицинских работников и ВОП в середине карьеры

## 24 Организация первичной помощи в условиях меняющейся Европы

Рис. А31.2 Динамика укомплектованности работниками первичной медико-санитарной помощи на 100 000 жителей за последние пять лет

Рис. А31.3 Масштабы применения организационных механизмов в практике первичной медико-санитарной помощи или в центрах первичной медико-санитарной помощи

Рис. А31.4 Удовлетворенность пациентов аспектами оказания помощи

Рис. А31.5 Совместная практика

Рис. А31.6 Количество госпитализаций на 100 000 населения с диагнозом, установленным в первичном звене медико-санитарной помощи, за последний год.



## Введение

*Wienke Boerma u Dionne Kringos*

На первичное звено медико-санитарной помощи в Европе возлагают большие надежды. Благодаря оказанию первичной помощи системы здравоохранения смогут лучше реагировать на меняющиеся потребности в области здравоохранения; оказывать комплексную помощь и повысить свою эффективность в целом. Лица, принимающие решения, ищут модели для реорганизации систем первичной помощи в соответствии с этими ожиданиями. Однако в настоящее время международная сравнительная информация о структуре, процессе и результатах первичной помощи в Европе ограничена. Эта книга призвана восполнить потребности в информации и описывает состояние первичной помощи в 31 европейской стране с помощью инструментария для мониторинга, разработанного в ходе проекта РНАМЕУ. Помимо описания основных характеристик первичной помощи этот том поможет определить дополнительную ценность сильной первичной помощи для эффективной работы систем здравоохранения.

### 1.1 Многообразие задач, стоящих перед системами здравоохранения

Реформирование сектора здравоохранения во многих европейских странах вызвано общими проблемами из-за финансовых трудностей, изменений показателей заболеваемости и появления новых угроз для здоровья, развития кадровых ресурсов и технологического прогресса. Эти факторы оказывают многоплановое воздействие как на спрос, так и на предложение и побуждают системы здравоохранения приспосабливаться и более оперативно реагировать на текущие потребности населения в области здравоохранения. Вопрос заключается в том, в какой степени и при каких условиях системы первичной медико-санитарной помощи в Европе смогут внести свой вклад в решение этих проблем.

Несмотря на то, что системы здравоохранения постоянно испытывают **финансовые трудности**, финансовый и экономический кризис 2008 года имел далеко идущие последствия. Хотя во время экономического спада системы здравоохранения обрели новые возможности, например были реализованы болезненные меры по повышению эффективности, возросло налогообложение табачной и алкогольной продукции, более заметную роль играют негативные последствия сокращения государственных расходов на здравоохранение. Во многих странах бюджеты здравоохранения были заморожены или сокращены особенно сильно, что сказалось на больничном секторе и фармацевтической помощи; части работников здравоохранения снизили заработную плату. По мере нарастания кризиса в нескольких странах изменились объем или широта охвата медико-санитарной помощью, например за счет введения или увеличения оплаты за некоторые услуги (Karaniolos et al.,

2013; Mladovsky et al., 2012). На примере Греции видно отрицательное влияние экономического кризиса на доступ к врачам и стоматологам, хотя социальная защита формально не изменилась, и доступ к врачам общей практики (ВОП) остался бесплатным. Дело не в том, что изменилась ценовая доступность медицинских услуг, скорее имеют значение продолжительное ожидание и физические препятствия к получению помощи (Kentikelenis et al., 2011). Хотя пока рано говорить об отдаленных последствиях экономического кризиса для здоровья, некоторые эффекты уже есть, особенно в странах, сильно пострадавших от кризиса, таких как Греция, Испания и Португалия. Есть признаки роста числа психических расстройств и самоубийств, а также, по мнению самих пациентов, ухудшилось состояние здоровья. С другой стороны, создается впечатление о том, что из-за экономического кризиса люди стали вести более здоровый образ жизни, сократилась частота рискованного поведения. Во многих странах снизилась смертность от дорожно-транспортных происшествий (Karaniolos et al., 2013).

**Изменение спроса** часто объясняют старением населения в большинстве европейских стран. В действительности влияние старения на спрос на услуги здравоохранения — важный фактор, но его не нужно переоценивать. Сегодня и в ближайшем будущем люди не просто будут жить дольше, но и сохраняют крепкое здоровье на протяжении многих лет. Поэтому не следует опираться на данные прошлых лет о возрастных заболеваниях и спросе на медицинскую помощь. Наиболее острые проблемы спроса связаны с эпидемиологическим переходом в Европе и косвенными последствиями демографических изменений. Это растущая распространенность неинфекционных заболеваний и повышение спроса на комплексные услуги из-за большей распространенности множественных заболеваний. От систем здравоохранения, традиционно ориентированных на оказание помощи при острых эпизодах одного заболевания, требуется оказание комплексных услуг и в медицинских учреждениях, и в сообществах (Nolte et al., 2008). Помимо изменений в лечебных услугах, возрастает роль профилактики и здорового образа жизни в увеличении числа лет жизни, прожитых в хорошем состоянии здоровья. Работники первичного звена смогут успешно оказывать услуги по профилактике и укреплению здоровья лишь при условии постоянного контакта с пациентами и ориентированности на сообщество.

Спрос на первичную медико-санитарную помощь может меняться вместе с изменением роли больниц. Благодаря технологическим инновациям сроки госпитализации, в целом, сократятся, и более комплексный уход будет обеспечен на уровне местного сообщества. Наконец, скорее всего, изменится спрос на медицинские услуги, поскольку пассивное получение помощи все чаще сменяется активным, хорошо информированным потреблением услуг здравоохранения. Дальнейшее расширение прав и возможностей пациентов будет побуждать к активному участию в собственном оздоровлении и лечении заболеваний (Monteagudo Peña & Moreno Gil, 2007). Расширение прав и возможностей пациентов, новые электронные ресурсы и интернет сократят информационную асимметрию между медицинским работником и пациентом.

**Изменения в сфере предложения** медицинской помощи — это последствия политики по повышению роли первичной помощи, а также развитию трудовых ресурсов здравоохранения. Усовершенствованная первичная по-

мощь нуждается в новых сочетаниях профессиональных навыков и специалистов, способных выполнять новые задачи в рамках целостной структуры. Подходы с участием многопрофильных групп специалистов — это ответ на необходимость в новых моделях оказания помощи (Buchan & Calman, 2005). Основные тенденции в развитии сочетанных профессиональных навыков — это усиление роли медсестер и расширение групп первичной медико-санитарной помощи, функционирующих как под одной крышей, так и в сетях. Медсестрам могут быть переданы некоторые функции других медицинских работников, в частности врачей, например по мониторингу хронических заболеваний, выполнению назначений в соответствии с протоколами, а также выполнению медицинских процедур, таких как взятие цервикальных мазков. Группы первичной помощи могут быть расширены за счет включения новых сотрудников, таких как практикующие медсестры, или приобретения новых навыков санитарно-просветительской работы или профилактики. Совместные сети могут включать большое количество групп и работников здравоохранения, которые все вместе предоставляют широкий комплекс медицинских услуг, например пациентам с хроническими заболеваниями.

Расширение возможностей ВОП по работе в группах также поможет преодолеть еще одну проблему в сфере предложения услуг — нехватку трудовых ресурсов. В ряде стран возможна нехватка ВОП в ближайшие годы, в основном из-за старения трудовых ресурсов, а также недостаточной привлекательности общей врачебной практики для студентов медицинских вузов. Молодые ВОП стремятся без ущерба совмещать трудовую деятельность и личную жизнь, поэтому независимая индивидуальная практика их не привлекает. Создание групповых врачебных практик в сфере первичной помощи может привлечь в ряды ВОП больше студентов медицинских вузов. Во Франции, где традиционно преобладает индивидуальная практика, благодаря реализации национального плана удалось добиться увеличения числа групповых практик и многопрофильных “maisons de santé” (домов здоровья) в сфере первичной помощи (Afrite et al., 2013). Этот план также противодействует угрозе нехватки трудовых ресурсов в обслуживаемых областях.

На первый взгляд, проблему нехватки кадров в сфере здравоохранения можно легко решить за счет иммиграции медицинских работников. В Европе можно выявить два направления движения медицинских работников: одно в пределах Европейского союза (ЕС) из недавно вошедших в ЕС государств-членов (например, из Чешской Республики в Германию или из Румынии во Францию и Италию), и второе — из стран, не входящих в ЕС (например, из Индии и Пакистана в Соединенное Королевство и из Западной Африки или Магриба во Францию) (ОЭСР, 2008). С миграцией связаны серьезные проблемы, в том числе официальное признание иностранного образования, а также проблемы коммуникации из-за различия языков или культур. Миграция может существенно влиять на системы здравоохранения в «странах-донорах» и вряд ли служит хорошим структурным решением проблемы нехватки рабочих кадров (Европейское региональное бюро ВОЗ, 2013).

**Технический прогресс** ставит перед здравоохранением множество трудных задач. За последние десятилетия компьютеры и информационно-компьютерные технологии (ИКТ) сильно изменили труд медицинских работников,

существенно расширяя их возможности. Достижения в области информационных технологий позволят на основе систем медицинских записей создавать базы данных для работы на уровне населения в целом, что очень важно для профилактики и более интегрированного сотрудничества с сектором общественного здравоохранения. Влияние медицинских технологий пока наиболее заметно в больницах, но, скорее всего, затронет как первичную медико-санитарную помощь, так и уход на дому. Медицинские технологии будут востребованы не только поставщиками медицинских услуг; новые, более компактные и умные устройства будут полезны и пациентам. Поскольку расширение вариантов оказания помощи, несомненно, создаст нагрузку на бюджеты здравоохранения, лица, принимающие решения, будут вынуждены принять меры против неконтролируемого увеличения расходов. Для поставщиков услуг первичной помощи будет важна разработка специализированных тестов, например экспресс-тестов для применения в кабинете ВОП или у постели пациента. Кроме того, портативное тестирование функции легких позволит повысить качество последующего наблюдения и приверженность пациентов лечению хронических респираторных заболеваний. Миниатюрные ультразвуковые сканеры позволят оценивать изображения в реальном времени без какого-либо риска для пациентов. Тесты, которые раньше выполнялись исключительно в стационарах, например 24-часовой мониторинг ЭКГ, можно будет проводить на дому. Усовершенствованная диагностика и возможности последующего наблюдения в рамках амбулаторной помощи приведут к большей автономности первичной помощи. Развитие телемедицины позволит удаленно управлять техническими процедурами или вести совместную клиническую работу. Телемедицина может облегчить доступ специалистов к практике первичной помощи в режиме реального времени, для лучшего предоставления услуг в сельских районах или в условиях дефицита людских ресурсов.

## 1.2 Что собой представляет крепкое первичное звено медико-санитарной помощи

Первичное звено медико-санитарной помощи — первый уровень профессиональной помощи в Европе, куда люди обращаются с жалобами на здоровье — удовлетворяет большинство потребностей в лечении и профилактике (Starfield, 1992; Allen et al., 2011). Первичную помощь (primary care) как организационную концепцию следует отличать от «первичного медико-санитарного обслуживания» (primary health care), которое имеет более широкую, политическую коннотацию, например, включает сокращение отказов в обслуживании пациентов и обеспечение равного доступа к ресурсам здравоохранения, а также роль руководства и диалог между заинтересованными сторонами для достижения этой цели. Таким образом, первичная медико-санитарная помощь охватывает как здравоохранение, так и другие секторы, такие как социальная помощь.

Специфика первичной помощи предполагает, что люди должны получать ее беспрепятственно по месту жительства. Первичная помощь — помощь широкого профиля, ориентированная на человека в целом, а не только на конкретный орган или заболевание. Сочетание специальностей, которыми владеют работники звена первичной помощи, может отличаться в разных странах, но основой первичной помощи часто считают общую или семейную

практику. Помимо ВОП и семейных врачей наиболее распространенными поставщиками первичной помощи в Европе являются терапевты, педиатры, фармацевты, медсестры первичной помощи, физиотерапевты, врачи-ортопеды, патронажные работники и специалисты в области психического здоровья (Совет по здравоохранению Нидерландов, 2004, Kringos et al., 2010b; Starfield, 1994).

Крепкое первичное звено медико-санитарной помощи часто предполагает выполнение ВОП функций диспетчера, но помимо этого отвечает и другим требованиям. Важнейшая функция звена первичной помощи состоит в том, что это первая точка соприкосновения с системой здравоохранения, поэтому доступ лучше организовать по месту жительства, без каких-либо физических, психологических или финансовых препятствий. Кроме того, очень важен универсальный подход, ориентированный на пациента, с учетом анамнеза и жизненной ситуации. При необходимости пациенты могут быть направлены к медицинскому работнику или в больницу. ВОП поможет пациенту сориентироваться в процессе направления и в системе здравоохранения в целом. Вместе с тем, звено первичной помощи способно справиться с большей частью проблем со здоровьем и заболеваниями, по поводу которых пациенты обращаются. Таким образом, для пациентов должен быть доступен широкий спектр медицинских услуг, предоставляемых различными поставщиками, которые взаимодействуют друг с другом. Кроме того, помимо лечения может быть предложено обучение в области здоровья и профилактики. Лучшему соблюдению пациентами схем лечения или программ профилактики также в значительной мере способствует непрерывность и преемственность оказания помощи. И последнее, но не менее важное: необходимо контролировать движение пациента по всем уровням системы здравоохранения и координировать лечение и последующее наблюдение. Чем больше система первичной помощи соответствует этим характеристикам, тем она крепче.

### **1.3 Крепкое первичное звено медико-санитарной помощи как возможный способ решения существующих проблем**

Несмотря на отсутствие убедительных доказательств, принято считать, что хорошо развитая система первичной помощи оказывает благотворное влияние на систему здравоохранения в целом. Системы с крепким звеном первичной помощи, по-видимому, лучше контролируют расходы и демонстрируют лучшие показатели здоровья (Voerma & Dubois, 2006; Rechel & McKee, 2009; WHO, 2008). Последние данные свидетельствуют о том, что крепкое звено первичной помощи связано с улучшением здоровья населения, снижением частоты ненужных госпитализаций и относительно низким социально-экономическим неравенством. Однако в странах с более крепкими структурами первичной помощи выше были и общие расходы на здравоохранение (Kringos et al., 2013).

В ответ на вызовы в секторе здравоохранения во многих странах идут реформы, направленные на укрепление первичной помощи. Однако вопрос заключается в том, насколько эффективна первичная помощь в европейских странах, и сможет ли она успешно справиться с описанными выше проблемами. Что касается стратегий с акцентом на профилактике и здоровом образе жизни, первичная помощь, возможно, сыграет свою роль, если услуги

будут лучше интегрированы, а поставщики услуг будут больше ориентированы на профилактику заболеваний. Однако в настоящее время состояние первичной помощи в Европе, похоже, не соответствует этим новым задачам. В большинстве стран основное внимание уделяется лечению, а интеграция в рамках первичной помощи и между первичной помощью, услугами и школами на уровне местных сообществ по-прежнему плохо развита. Кроме того, недостаточно распространены необходимые упреждающие подходы и меры индивидуальной поддержки. Можно сделать вывод о том, что системы первичной помощи могут включать систематическую профилактику и меры по предупреждению неинфекционных заболеваний, но в большинстве стран эта цель еще далека от реализации в современной практике.

За последние два десятилетия в странах центральной и восточной Европы, ранее входивших в социалистический блок, прошли фундаментальные реформы здравоохранения. Старые системы здравоохранения на основе модели Семашко следовало полностью перестроить. В этих странах развитие звена первичной помощи стало ответом на необходимость создания более эффективных и гибких систем здравоохранения. В ряде стран внедрили систему первичной помощи с опорой на семейных врачей с функцией «диспетчеров», направляющих пациентов на другие уровни здравоохранения, и обогнали страны Западной Европы, укреплявшие систему первичной помощи медленно и постепенно (Liseckiene et al., 2007; Grielen, Boerma & Groenewegen, 2000; Atun et al., 2006; Boerma et al., 2012; Groenewegen et al., 2013). Однако для становления системы первичной помощи, достаточно крепкой для полноценного решения намеченных задач, двадцати лет развития здравоохранения может быть недостаточно.

В странах, не прошедших через столь значимые социальные перемены, реформы шли постепенно. В этих странах соотношение первичной помощи с вторичным и больничным секторами существенно не изменилось. Там, где в начале 1990-х годов первичная помощь была плохо организована и фрагментирована, а доступ в больницы был относительно прост, эта ситуация в основном сохранилась (Boerma, Van der Zee & Fleming, 1997; Boerma, Groenewegen & Van der Zee, 1998; Seifert, 2008; Svab et al., 2004). Несмотря на постоянные усилия в ряде стран по улучшению оказания услуг на первичном уровне, звено первичной помощи не всегда достаточно подготовлено к решению текущих проблем. Более подробная и сопоставимая информация о системах первичной помощи в Европе поможет определить приоритеты в процессе укрепления системы первичной помощи в каждой стране.

#### 1.4 Концептуальная основа

Первичную помощь можно рассматривать как подсистему общей системы здравоохранения, особая роль которой состоит в облегчении доступа и согласованном оказании помощи в интересах здоровья населения. В целях оценки эту общую формулировку следует подробно разработать. По результатам систематического обзора были определены 10 основных составляющих первичной помощи, называемых аспектами, которые были упорядочены в три группы: относящиеся к структуре, процессу и исходу лечения соответственно (Kringos et al., 2010b). Структурный аспект — это основные условия исправного функционирования системы первичной помощи. Эти условия подразу-

мевают наличие соответствующих стратегий и правил, а также финансовых, людских и материальных ресурсов. Процесс первичной помощи включает аспекты предоставляемых услуг. Основным результатом является улучшение здоровья населения, при этом уделяется внимание эффективности и справедливости как таковым. Общие сведения о трех группах этих аспектов представлены на рис. 1.1.

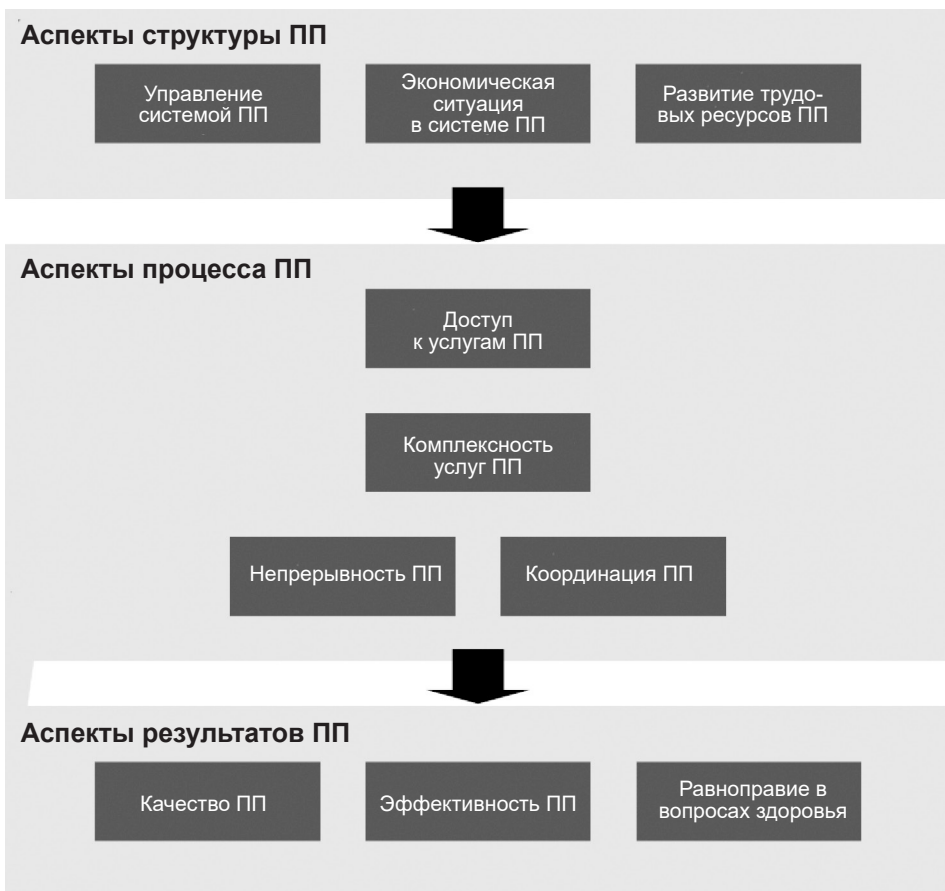
*Структурная группа аспектов:*

- управление (например, государственное видение первичной помощи; нормативные положения первичной помощи);
- экономическая ситуация (например, расходы на первичную помощь, системы стимулирования и вознаграждения);
- развитие трудовых ресурсов (например, общественное положение работников звена первичной помощи; профессиональные ассоциации).

*Аспекты процесса:*

- доступ к услугам (например, географическое распределение; физический доступ к учреждениям);

**Рисунок 1.1** Структура системы первичной помощи



- непрерывность и преемственность оказания помощи (например, отношения пациент—ВОП; непрерывность помощи с течением времени);
- координация помощи (например, диспетчерская функция ВОП; работа в группах);
- комплексность помощи (например, имеющееся медицинское оборудование; широта профиля услуг).

Аспекты, относящиеся к *результатам*:

- качество помощи (например, принципы назначения лечения; ведение хронических заболеваний);
- эффективность помощи (например, ведение практики);
- равный доступ к услугам здравоохранения (например, социальные или гендерные различия).

Аспекты иерархии позволяют точнее определить, что такое крепкая система первичной помощи. В странах с крепкой системой первичной помощи была сформулирована более четкая концепция элементов этой структуры, а именно: наличие у пациентов препятствий к получению помощи там, где это известно хотя бы из должной медицинской документации; наличие квалифицированных и хорошо оснащенных поставщиков услуг, готовых защищать интересы пациента и способных, при необходимости, проводить диагностику и лечение на дому; повышение уверенности пациентов в своей способности лучше справиться с заболеванием после визита к поставщику медицинских услуг.

Далее для оценки вышеперечисленных аспектов был разработан широкий ряд показателей для исследования РНАМЕУ. Полный перечень характеристик крепкой системы первичной помощи в этом исследовании представлен в Приложении I.

## 1.5 Методы исследования РНАМЕУ

### ***Мониторинг первичной медико-санитарной помощи для Европы***

С целью определения важнейших аспектов первичной помощи был выполнен систематический обзор литературы. Каждый аспект был разбит на ряд ключевых атрибутов, которые назвали «свойствами». Для определения свойств, выявленных в систематическом обзоре литературы, был составлен предварительный расширенный список поддающихся оценке показателей. С этой целью среди выбранных публикаций был выполнен поиск практического применения этих свойств. Кроме того, был выполнен поиск «готовых» показателей в международных базах данных (данные ОЭСР по здоровью населения, база данных ВОЗ «Здоровье для всех», Евростат, HNPStat's Всемирного банка, EURHIX). Исследовательская группа разработала поддающиеся оценке показатели для тех свойств, практическое применение которых не было найдено. Затем расширенный перечень показателей оценивали на предмет актуальности, точности, гибкости и дискриминационной способности, а также пригодности для описания и сравнения систем первичной помощи в разных странах Европы (Kringos et al., 2010a). Окончательный набор показателей, включенных в Мониторинг первичной помощи в Европе (далее — Мониторинг ПП), представлен в Приложении I. В общей



сложности, девять аспектов были описаны с помощью 41 свойства, 99 показателей и 11 дополнительных информационных элементов.

### **Сбор данных**

Основываясь на наборе показателей, партнеры проекта PHAMEU в 2009–2010 гг. собрали данные в 27 государствах-членах ЕС, а также в Турции, Швейцарии, Норвегии и Исландии. Институты-партнеры проекта отвечали за сбор данных в собственной стране и в двух-трех других странах. Целью было использование наилучших имеющихся данных. Некоторые показатели можно найти в международных базах данных, например Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) и ВОЗ. Через европейские организации и сети, относящиеся к первичной помощи, были найдены соответствующие источники, такие как регулярно обновляемые публикации «Системы здравоохранения в переходный период» Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения и другие международные научные публикации. Данные из международных источников были дополнены данными из национальных источников. В тех случаях, когда национальные источники (например, базы данных литературы или веб-сайты национальных статистических бюро и важные участники системы здравоохранения) были доступны на языке, известном проектной группе, данные собирались путем кабинетных исследований. Были проведены консультации с национальными экспертами для получения литературы, не индексируемой в медицинских базах данных, или статей на языке, неизвестном членам проектной группы, а также для проверки результатов по стране. При отсутствии письменных источников могли быть использованы мнения экспертов. Регистрировались все источники данных, а также возможные расхождения с определениями в протоколе исследования.

В среднем в странах имелись данные о 94% показателей структуры первичной помощи, 93% показателей процесса оказания услуг в рамках первичной помощи и 66% показателей исходов. На уровне структуры первичной помощи было меньше данных (91%) по экономической ситуации; на уровне процесса оказания услуг первичной помощи было меньше данных о непрерывности помощи (87%); и на уровне исходов — меньше данных о качестве услуг (63%). Вызывает беспокойство тот факт, что в большинстве стран очень мало данных о качестве и эффективности медицинской помощи. Доступность данных по показателям исходов и процессам оказания услуг в разных странах варьирует сильнее, чем по структурным показателям.

Почти во всех странах отсутствовала высококачественная информация по аспектам комплексности первичной помощи.

### **Оценка состояния системы первичной помощи**

Чтобы оценить состояние первичной помощи, все страновые показатели были преобразованы в баллы, показывающие уровень ориентации систем здравоохранения на первичную помощь от 1 (низкая ориентация на первичную помощь) до 3 (высокая ориентация на первичную помощь).

Качественные показатели оценивались по результатам систематического обзора литературы. Например, если в стране явно проводили политику по усилению первичной помощи, эта страна получала оценку «3» для этого по-

казателя. Точно так же, если ВОП получали вознаграждение по смешанной схеме (сдельную оплату, подушевую оплату и оплату по результатам деятельности), это учитывалось как стимулирование структуры первичной помощи, и страна получала «3» по соответствующим показателям. Для подсчета количественных показателей учитывались направления оценки (высокая, средняя или низкая ориентация на первичную помощь) и распределение данных по 31 стране. Пределы между высокими (3), средними (2) и низкими (1) баллами были определены 33-м и 67-м перцентильями действительных результатов в стране. Следовательно, оценка отражает относительный уровень ориентации на первичную помощь по всей Европе. Рассмотрим в качестве примера показатель «доля общих расходов здравоохранения на первичную помощь»: нижняя треть стран выделяет от 4,7% до 9,8% на первичную помощь и, следовательно, получает «1». Средняя треть стран расходует на первичную помощь от 9,8% до 14,0% и получает «2». И треть стран, расходующих более 14%, получает «3» балла. Аналогичным образом были определены пределы оценки для всех показателей. Более подробное обоснование для оценки каждого показателя, а также балльные оценки представлены в Приложении II.

### 1.6 Что добавляет эта книга к существующим знаниям

Почти 20 лет назад Европейское исследование задач, стоящих перед общей практикой, подготовило общеевропейский сравнительный обзор по многообразию первичной медицинской помощи (Voerma, Van der Zee & Fleming, 1997). В этом исследовании, сконцентрированном только на общей врачебной практике, были рассмотрены связи между характеристиками системы здравоохранения и оказанием услуг. В исследовании, которое не ограничивалось Европой, Barbara Starfield с коллегами (Macinko, Starfield & Shi, 2003) установили связь между крепкой системой первичной помощи и показателями здоровья. Исследование показало, что в целом крепкая первичная помощь была связана с сокращением расходов и улучшением исходов в отношении здоровья. Однако роль структур, стратегий и характеристик оказания услуг в укреплении первичной помощи еще предстоит раскрыть. До сих пор такая информация либо полностью отсутствовала (например, во всех государствах-членах, которые вступили в ЕС в 2004 г. и позднее), либо устарела и плохо поддается сравнению. В этой книге представлен обновленный обзор состояния первичной помощи в 31 стране Европы.

### 1.7 Структура этой книги

Во вступительной главе были очерчены задачи, стоящие перед системами здравоохранения в Европе, и рассмотрены возможности решения этих задач посредством эффективной первичной помощи. В этой главе также описаны определения, концептуальная основа и используемые методы.

В соответствии с различием, отраженным в концептуальной основе, главы 2 и 3 посвящены работе систем первичной помощи на уровне структуры и процесса соответственно. Глава 2 рассказывает о разнообразии структур и организации первичной помощи в Европе в сравнительной перспективе и завершается сопоставлением управления, финансирования и развития трудовых ресурсов. В главе 3 рассматривается спектр услуг в рамках первичной

помощи в европейских странах, а также различия в доступности, непрерывности и координации. Глава завершается схематическим изображением комплексности, доступности, непрерывности и координации оказания помощи в странах Европы, с отражением взаимосвязи отдельных аспектов. Глава 4 начинается с описания многообразных аспектов структуры и процесса оказания услуг в разных странах, затем изложены основные причины различий, и описан вклад первичной помощи в успехи системы здравоохранения.

В главе 5 представлен краткий обзор результатов и их значения, а также информация о ситуации с первичной помощью в Европе, включая предполагаемые приоритетные вопросы. Кроме того, рассматриваются варианты и требования для будущего мониторинга первичной помощи в Европе.

В томе 2 представлены структурированные резюме состояния первичной помощи в 31 стране. Эти резюме содержат следующие темы: контекст системы первичной помощи; управление и экономическая ситуация в системе; развитие трудовых ресурсов в системе первичной помощи; как происходит оказание услуг первичной помощи; а также качество и эффективность системы первичной помощи. В Приложении I приведено описание мониторинга ПП, а в Приложении II указаны оценки показателей мониторинга.

## Библиография

Afrite A et al. (2013). *The impact of multi-professional group practices on healthcare supply. Evaluation aims and methods for “maisons”, “pôles de santé” and “centres de santé” within the framework of experiments with new mechanisms of remuneration.* Paris, IRDES (Questions d'économie de la santé no. 189).

Allen J et al. (2011). *The European definition of general practice / family medicine.* WONCA (<http://www.woncaeurope.org/content/european-definition-general-practice-family-medicine-edition-2011>, по состоянию на апрель 2018).

Atun RA et al. (2006). Introducing a complex health innovation – primary health care reforms in Estonia (multimethods evaluation). *Health Policy*, 79:79–91.

Boerma WGW, Dubois CA (2006). Mapping primary care across Europe. In: Saltman RB, Rico A, Boerma WGW, eds. *Primary care in the driver's seat? Organisational reform in European primary care.* Maidenhead, Open University Press:22-49.

Boerma WGW, Van der Zee J, Fleming DM (1997). Service profiles of general practitioners in Europe. *British Journal of General Practice*, 47:481–486.

Boerma WGW, Groenewegen PP, Van der Zee J (1998). General practice in urban and rural Europe: the range of curative services. *Social Science & Medicine*, 4:445–453.

Boerma WGW et al. (2012). *Evaluation of the organization and provision of primary care in Romania. A survey-based project.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Buchan J, Calman L (2005). *Skill-mix and policy change in the health workforce: nurses in advanced roles.* Paris, OECD (OECD Health Working Papers, No. 17).

Grielen SJ, Boerma WGW, Groenewegen PPG (2000). Unity or diversity? Task profiles of general practitioners in Central and Eastern Europe. *European Journal of Public Health*, 10(4):249–254.

Groenewegen PP et al. (2013). Strengthening weak primary care systems: steps towards stronger primary care in selected western and eastern European countries. *Health Policy*, 113(1):170-179.

Health Council of the Netherlands (2004). *European primary care*. The Hague, Health Council of the Netherlands.

Karanikolos M et al. (2013). Health in Europe 7: Financial crisis, austerity, and health in Europe. *The Lancet*, 381(9874):1323–1331.

Kentikelenis A et al. (2011). Health effects of an economic crisis: omens of a Greek tragedy. *The Lancet*, 378:1457–1458.

Kringos DS et al. (2010a). The European Primary Care Monitor: structure, process and outcome indicators. *BMC Family Practice*, 11(81).

Kringos DS et al. (2010b). The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Service Research*, 10(1):65.

Kringos DS et al. (2013). Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. *Health Affairs*, 32(4):686-694.

Liseckiene I et al. (2007). Primary care in a post-communist country: comparison of service profiles of Lithuanian primary care physicians in 1994 and GPs in 2004. *Health Policy*, 83:105-113.

Macinko J, Starfield B, Shi L (2003). The contribution of primary care systems to health outcomes within Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), 1970–1998. *Health Services Research*, 38(3):831-865.

Mladovsky P et al. (2012). *Health policy responses to the financial crisis in Europe*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies (Policy summary 5).

Monteagudo Peña JL, Moreno Gil O (2007). *e-Health for patient empowerment in Europe*. Madrid, Instituto de Salud Carlos III.

Nolte E et al. (2008). *Managing chronic conditions: experience in eight countries*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

OECD (2008). *International migration outlook: SOPEMI – 2008 edition*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development.

Rechel B, McKee M (2009). Health reform in central and eastern Europe and the former Soviet Union. *The Lancet*, 374(9696):1186-1195.

Saltman RB, Rico A, Boerma WGW (2006). *Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care*. European Observatory on Health Systems and Policies. Maidenhead, Open University Press.

Seifert B (2008). Perspectives of family medicine in central and eastern Europe. *Family Practice*, 25(2):113–18.

Starfield B (1992). *Primary care: concept, evaluation, and policy*. New York, Oxford University Press.

Starfield B (1994). Is primary care essential? *The Lancet*, 344:1129-1133.

Svab I et al. (2004). General practice east of Eden: an overview of general practice in eastern Europe. *Croatian Medical Journal*, 45(5):537–542.

ВОЗ (2000). *Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2000 г. Системы здравоохранения: улучшение деятельности*. Женева, Всемирная организация здравоохранения.

ВОЗ (2008). *Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2008 г. Первичная медико-санитарная помощь: сегодня актуальнее, чем когда-либо*. Женева, Всемирная организация здравоохранения.

Европейское региональное бюро ВОЗ (2013). *Диалог по вопросам политики ВОЗ для преодоления проблем, связанных с международным наймом и мобильностью персонала здравоохранения: технический доклад*. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ

World Bank (2005). *Review of experience of family medicine in Europe and Central Asia, vol. 1*. Washington, DC, World Bank (World Bank, Report No. 32354-ECA).

# Структура и организация первичной помощи

*Margus Lember, Thomas Cartier, Yann Bourgueil, Toni Dedeu,  
Allen Hutchinson, Dionne Kringos*

Способ структурирования первичной помощи определяет важные условия для ее процесса и результатов. В этой главе структура первичной помощи будет рассмотрена с учетом трех аспектов: управления, экономической ситуации и развития трудовых ресурсов. Управление подразумевает концепцию и направление политики в области здравоохранения, влияние которой опосредовано нормативно-правовым регулированием и информационно-разъяснительной работой, а также сбором и использованием информации. На экономическую ситуацию с системой первичной помощи преимущественно влияют общие расходы на нее, а также способ финансовой организации доступа к помощи для пациентов. Например, совместное несение расходов может быть источником неравенства в финансовом доступе к медицинской помощи. Важным экономическим условием также является способ оплаты услуг медицинских работников. Работники системы первичной помощи могут работать по найму или быть самозанятыми либо иметь контракты с медицинскими службами или учреждениями медицинского страхования. Аспект развития трудовых ресурсов относится к профессиональному профилю работников системы первичной и их роли в системе здравоохранения. Эта глава завершается сравнением ситуации, сложившейся в области управления, финансирования и развития трудовых ресурсов в европейских странах, и описанием взаимосвязей между этими аспектами.

## 2.1 Управление

Управление, относящееся к аспектам структуры, упомянутым в схеме первичной помощи (см. главу 1), включает в себя комплекс особенностей реализации политики на разных уровнях. В этой главе рассматривается комбинация форм управления с элементами различных определений. Концептуальной отправной точкой является определение управления, сформулированное Keohane (2002): «набор принципов, норм, функций и процедур принятия решений, вокруг которых действующие субъекты сходятся на определенной общественно-политической арене». Кроме того, используются концепции, основанные на теории режима, такие как конечные результаты (в виде управления качеством инфраструктур); наличие судебной поддержки (включая законы и нормативные акты); и существование административной практики, которая ограничивает, предписывает или обеспечивает предоставление услуг (Frederickson, 2005). Путем перевода этих определений в оценочный инструмент были выбраны шесть признаков и различных показателей, обеспечивающих широкое толкование концепции управления в области первичной помощи и позволяющих проводить сравнения между рассматри-

ваемыми странами. Последний момент будет обсуждаться в следующем разделе. (В Приложении I дано подробное описание характеристик управления, показателей и дополнительных информационные элементов).

В таблице 2.1 приведен краткий обзор отдельных результатов управления в сфере первичной помощи в разных странах.

### **Концепция первичной помощи**

Одним из показателей управления является наличие четкого государственного представления о роли первичной помощи в системе здравоохранения. Концепция существующей и будущей первичной помощи определена, если она четко изложена в политических документах. Подобные концепции первичной помощи существуют не везде. В частности, они недостаточно разработаны в Австрии, Бельгии, Венгрии, Германии, Исландии, Латвии, Польше, Словакии, Чешской Республике, Швейцарии и Швеции. В ряде стран концепции сосредоточены на реформах (частичных) системы первичной помощи, как например в Ирландии, Италии, на Кипре, в Португалии, Румынии и Финляндии.

В целом результаты показывают, что в странах с диспетчерской системой направлений пациентов к специалистам создаются более официальные государственные стратегии развития первичной медицинской помощи, и наоборот. Кроме того, не установлена связь между такими характеристиками системы здравоохранения, как социальное медицинское страхование (СМС) или национальная служба здравоохранения (НСЗ), и политикой поддержки системы первичной помощи.

Одной из наиболее стабильных характеристик политики в странах с крепкой системой первичной помощи является стремление правительств справедливо распределять ресурсы и избегать неравенства.

### **Центральная, региональная и местная ответственность за первичную помощь**

В относительно небольшом числе стран, включая Венгрию, Латвию, Мальту, Словакию, Швейцарию и Эстонию, ответственность за первичную помощь централизована на национальном уровне. В других странах ответственность за основные функции, такие как установление приоритетов, финансирование, планирование и управление поставками, оказание услуг или мониторинг качества, возложена на региональные или местные органы власти либо региональные фонды медицинского страхования, больницы или трасты первичной помощи. Большая часть функций первичной помощи децентрализована в таких странах как Дания, Испания, Италия, Норвегия и Швеция. Дальнейшая децентрализация первичной помощи включена в системные цели в таких странах, как Мальта, Норвегия и Румыния. Возможным недостатком децентрализации является существование различий в направлениях политики и, в конечном счете, в доступе к первичной помощи и ее качестве. В некоторых странах, где были децентрализованы важные функции по оказанию первичной помощи, существует национальная политика, обеспечивающая равномерное распределение поставщиков и услуг. Тем не менее, эта национальная политика отсутствует в явном виде в таких странах, как Греция, Исландия, Норвегия, Польша, Турция, Финляндия и Чешская Республика.

Таблица 2.1 Управление системой первичной помощи, обзор отдельных результатов по странам

Страна	Концепция ПП (Направления) <sup>1</sup>	Политика равного распределения практик ПП	Политика многопрофильного сотрудничества	Подразделение ПП в МЗ	Специальный бюджет ПП	Децентрализация ответственности за ПП (уровень)	Децентрализация ответственности	Участие заинтересованных сторон на уровне политики ПП	Влияние общестественности на оказание ПП (уровень)	Государственная инспекция подразделения ПП	Требования для практики (П) ПП и работы (Р) учреждений ПП	Основные на фактических данных клинические руководства по ПП (источник) <sup>2</sup>	Законы о правах пациента <sup>3</sup>
Австрия	Нет	Да	Нет	Нет	Нет	Да Региональные фонды ОМС	Финансирование; Планирование поставок	Да	Да Периодически на местном уровне	Да	П: Да Р: Да	Да КВОП; АЗР; РМС	ИС; ДПМ; КОНФ; ПР
Бельгия	Нет	Нет	-	Нет	Нет	Нет	-	Да	Да Периодически на местном уровне	Нет	П: Да Р: Нет	Да НАГ; КВОП; РМС	ИС; ДПМ; КОНФ; ПР
Болгария	Да ДОСОР; ГРП; АКУ; СЕС; МОН; ПТР; ТРУД	Да	Да	Нет	Да	Да Региональные мед. центры; Региональный НФМС	Финансирование; Планирование поставок; Мониторинг качества	Да	Да Периодически на местном уровне	Да	П: Да Р: Да	Да НАГ; КВОП; АЗР; РМС	ИС; ДПМ; КОНФ; ПР
Венгрия	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Нет	-	Нет	Нет	Нет	П: Да Р: Да	Да КВОП	ИС; ДПМ; КОНФ; ПР
Германия	Нет	Да	Нет	Нет	Нет	Да Региональные ассоциации; Обязательное медицинское страхование	Финансирование; Планирование поставок; Оказание услуг	Да	Да Периодически на местном уровне	Нет	П: Да Р: Нет	Да КВОП	ИС; ДПМ; КОНФ; ПР
Греция	Да КОМ; МПР; ПРОФ	Нет	-	Да	Да	Да Регионы	Нет доступной информации	Да	Да Периодически на местном уровне	-	П: Да Р: -	-	-
Дания	Да ЛХБ; МСО; ГРП; ДИСП; ПРОФ	Нет	Да	Нет	Да	Да Регионы; Муниципалитеты	Управление и планирование; Финансирование; Оказание услуг; Развитие качества	Да	Да На национальном уровне	Нет	П: Да Р: Да	Да КВОП	ИС; ДПМ; КОНФ; ПР



Ирландия	Да МСО; СНСТР; РЕФ	Да	Да	Да	Да	Да Региональные; Местные органы здравоохранения	Планирование поста- вок; Оказание услуг; Определение приори- тетов	Да	Да На националь- ном уровне	Нет	П: Да Р: Нет	Нет	ИС; ДПМ; ПР
Исландия	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Да Регионы; Муниципалитеты	Оказание услуг; Опре- деление приоритетов	Да	-	Нет	П: - Р: -	-	ИС; КОНФ; ПР
Испания	Да МСО; ДИСП; МПР; РПП; ПРОФ	Да	Да	Нет	Да	Да Автономные сообщества	Разработка политики; Планирование поста- вок; Финансирование; Оказание услуг	Да	Да В некоторых регионах	Да	П: Да Р: Да	Да КВОП	ИС; ДПМ; КОНФ; ПР
Италия	Да МСО; СНСТР	Да	Да	Нет	Да	Да Региональные правительства	Финансирование; Пла- нирование поставок; Оказание услуг; Опре- деление приоритетов; Мониторинг качества	Нет	В некоторых регионах	Да	П: Да Р: Да	Да НАГ; КВОП; АЗР; РМС	ИС; ДПМ; КОНФ; ПР
Кипр	Да РЕФ; СНСТР	Да	Да	-	Нет	Да Региональные больницы	Планирование поста- вок; Оказание услуг; Определение приори- тетов	Нет	Да Периодически на местном уровне	Нет	П: Да Р: Да	Да НАГ; АЗР; РМС	ИС; КОНФ
Латвия	Нет	Да	Да	Нет	Да	Нет	-	Да	Да На националь- ном уровне	Нет	П: Да Р: Да	Да РМС	ИС; ДПМ; КОНФ; ПР
Литва	Да СТОМ; ОПЗ; СЕС; РПП	Нет	Да	Да	Да	Да Муниципалитеты	Нет доступной инфор- мации	Да	Да В некоторых регионах	Нет	П: Да Р: Да	Да КВОП; АЗР; РМС	ИС; ДПМ; КОНФ; ПР
Люксембург	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	-	Да	Нет	Нет	П: Да Р: Да	Да АЗР; РМС	ДПМ; КОНФ; ПР
Мальта	Да НЕП; КОМ; ДЕЦ; РПП	Да	-	Да	Нет	Нет	-	Да	Нет	Нет	П: Да Р: Да	Нет	ИС; ДПМ; КОНФ
Нидерланды	Да МСО; СОП; ПРЕД; ИИТ; ИНН; СНСТР; ОРП; РПП; ПРЗ	Да	Да	Да	Нет	Да Муниципалитеты	Оказание услуг	Да	Да На националь- ном уровне	Да	П: Да Р: Да	Да КВОП; АЗР; РМС	ИС; ДПМ; КОНФ; ПР
Норвегия	Да КОО; ДЕЦ	Нет	Да	Да	Да	Да Муниципалитеты	Финансирование; Оказание услуг; Опре- деление приоритетов; Мониторинг качества	Да	Да На националь- ном уровне	Нет	П: Да Р: Да	Да НАГ; РМС	ИС; ДПМ; КОНФ; ПР
Польша	Нет	Нет	Нет	Нет	Да	Да Местные власти	Оказание услуг; Мониторинг качества	Нет	Да В некоторых регионах	Нет	П: Да Р: Да	Да КВОП; АЗР; РМС	ИС; ДПМ; КОНФ; ПР

Таблица 2.1 Продолжение

Страна	Концепция ПП (Направления) <sup>1</sup>	Политика равного распределения практик ПП	Политика многопрофильного сотрудничества	Подразделение ПП в МЗ	Специальный бюджет ПП	Децентрализация ответственности за ПП (уровень)	Децентрализация ответственности	Участие заинтересованных сторон на уровне политики ПП	Влияние обществственности на оказание ПП (уровень)	Государственная инспекция подразделения ПП	Требования для практики (П) ПП и работы (Р) учреждений ПП	Основные на фактических данных клинические руководства по ПП (источник) <sup>2</sup>	Законы о правах пациента <sup>3</sup>
Португалия	Да ДОС; НЕП; ЭФФ; СНСТР; КАЧ; УДЗ	Да	Да	Да	Да	Да Регионы здоровья	Финансирование; Оказание услуг	Да	Да В некоторых регионах	Нет	П: Да Р: Да	Да НАГ; КВОП; АЗР	ИС; ДПМ; КОНФ; ПР
Румыния	Да ДОСОР; МСО; КОМ; ДЕЦ; ИИТ; СЕС; СНСТР; РПП; ИН- ФПП; ЧАСТ; МОН; ПЛТР	Да	Да	Нет	Да	Да Районные управления здравоохранения	Оказание услуг; Определение приоритетов	Да	Да Периодически на местном уровне	Нет	П: Да Р: Да	Да НАГ; КВОП; РМС	ИС; ДПМ; КОНФ; ПР
Словакия	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	-	Нет	Нет	н/д	П: Да Р: Да	Да КВОП	ИС; ДПМ; КОНФ; ПР
Словения	Да КОО; МСО; СЕС; КАЧ; МОН; ПЛТР	Да	Да	Нет	Да	Да Местные сообщества	Разработка политики; Планирование поста- вок; Оказание услуг	Да	Да Периодически на местном уровне	Нет	П: Да Р: Да	Да КВОП; АЗР; РМС	ИС; ДПМ; КОНФ; ПР
Соединенное Королевство	Да ДОСОР; МСО; КОМ; КОН; ОРГ; МОН; ПРЗ	Да	Да	Нет	Да	Да РСТ (Трасты первичной помощи) Советы по здра- воохранению	Финансирование; Определение приори- тетов; Оказание услуг	Да	Да На национальном уровне	Нет	П: Да Р: Да	Да НАГ; РМС	ИС; ДПМ; КОНФ; ПР
Турция	Да ДОС; ДОСОР; ВМЗ; МОН; ПРЗ; ПТР; ПЛТР	Нет	Нет	Да	Да	Да Управления здравоохранения провинций	Планирование поставок; Оказание услуг	Да	Да Периодически на местном уровне	Нет	П: Да Р: Да	Да НАГ; РМС	ИС; ДПМ; КОНФ; ПР
Финляндия	Да ЛХБ; СНСТР; РПП	Нет	Да	Нет	Да	Да Муниципалитеты	Управление и плани- рование; Финансиро- вание; Оказание услуг	Да	Да Регулярно на местном уровне	Нет	П: Да Р: Нет	Да КВОП; РМС	ИС; ДПМ; КОНФ; ПР

Франция	Да ДОС; НЕП; КОО; КОМ; МПР; ФАРМ	Да	Нет	Нет	Нет	Да Региональные органы здравоохра- нения	Финансирование; Пла- нирование поставок; Оказание услуг	Да	Да Периодически на местном уровне	Нет	П: Да Р: Нет	Да НАГ; РМС	ИС; ДПМ; КОНФ
Чешская Республика	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Да Районные власти	Оказание услуг	Да	Да На национальном уровне	Нет	П: Да Р: Нет	Да КВОП	ИС; ДПМ; КОНФ; ПР
Швейцария	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	-	Да	Да В некоторых регионах	Нет	П: Да Р: Да	Нет	ДПМ; КОНФ
Швеция	Нет	Да	Да	Нет	Нет	Да Лены	Разработка полити- ки; Планирование поставок; Финансирование; Оказание услуг	Да	Да В некоторых регионах	Нет	П: Да Р: Да	Да КВОП; АЗР; РМС	ИС; ДПМ; КОНФ; ПР
Эстония	Да ДОС; МСО	Да	Да	Нет	Да	Нет	-	Да	Да На национальном уровне	Нет	П: Да Р: Нет	Да КВОП; АЗР; РМС	ИС; ДПМ; КОНФ; ПР

<sup>1</sup> ДОС = Доступ в целом; ДОСОР = Доступ в отдаленных районах; ЛХБ = Люди с хроническими заболеваниями; МСО = Многопрофильное сотрудничество при оказании помощи; КОМ = Комплексность услуг ПП; КОН = Конкурентный рынок медицинской помощи; НЕП = Непрерывность и преемственность помощи; КОО = Координация помощи; СОП = Система совместной оплаты; ДЕЦ = Децентрализация системы здравоохранения; СТОМ = Стоматология; ЭФФ = Эффективность здравоохранения; ПРЕД = предпринимательство в здравоохранении; ГРП = Групповая практика; ДИСП = Диспетчерская функция общей практики; МПР = Медицинское просвещение и укрепление здоровья; ИИТ = Использование информационных и коммуникационных технологий; ИНН = Инновации в здравоохранении; АКУ = Акушерская помощь; ВМЗ = Ведение медицинских записей; ОПЗ = Охрана психического здоровья; СЕС = Сестринская помощь; РЕФ = Реформирование системы здравоохранения в пользу ПП; СНСТР = Создание новых структур ПП, таких как врачебные практики ПП или медицинские центры; ОРП = Ориентированность на пациента и его активное участие; РПП = Развитие ПП в целом; ИНФПП = Инфраструктура врачебных практик ПП или медицинских центров; ЧАСТ = Частный сектор; ПРОФ = Профилактическая помощь; ФАРМ = Фармацевтическая помощь и продукция; МОН = Мониторинг качества; КАЧ = Качество оказания помощи в целом; УДЗ = Удовлетворенность работников и/или потребителей услуг здравоохранения; ПРЗ = Профили задач работников звена ПП; ПТР = Подготовка и (пере-) аккредитация трудовых ресурсов; ПЛТР = Планирование и развитие потенциала трудовых ресурсов; ТРУД = Трудовая нагрузка.

<sup>2</sup> НАГ = Выпущено национальным агентством, например Министерством здравоохранения; КВОП = Выпущено коллегией или ассоциацией ВОП; АЗР = Адаптированные зарубежные руководства; РМС = Разработано медицинскими специалистами.

<sup>3</sup> ИС = Информированное согласие; ДПМ = Доступ пациента к собственной медицинской документации; КОНФ = Конфиденциальное использование медицинских записей; ПР = Наличие процедур обработки жалоб пациентов в учреждениях ПП.

### ***Содействие повышению оперативности и качества оказания помощи***

Способность систем здравоохранения быстро реагировать на возникающие проблемы может быть повышена либо путем участия заинтересованных сторон в разработке политики, либо путем участия сообществ в организации и предоставлении услуг. В большинстве стран заинтересованные стороны и местные сообщества так или иначе принимают участие в решении этих вопросов. В Италии, на Кипре, в Люксембурге и на Мальте существует только одна форма такого участия, тогда как в Венгрии и Словакии нет ни одной.

Такие аспекты защиты прав пациентов, как информированное согласие на лечение, возможность доступа пациентов к их собственным медицинским документам, положения о конфиденциальном использовании медицинских записей и наличие процедур подачи жалоб пациентов в учреждениях первичной помощи, имеют правовую основу во всех странах, кроме Ирландии, Исландии, Кипра, Люксембурга, Мальты, Франции и Швейцарии. Наименее защищенным правом пациентов в этих странах является доступность процедур подачи жалоб.

Формальные требования к медицинскому образованию для поставщиков услуг в сфере первичной помощи действуют во всех странах, что позволяет обеспечить качество помощи. Тем не менее, в Венгрии, на Кипре и в Финляндии эти требования в периоды нехватки трудовых ресурсов снижаются, поэтому практиковать в сфере первичной помощи могут врачи без соответствующей специализации. Кроме персональных требований к образованию для ведения практики, в большинстве стран учреждениям первичной необходимо разрешение на работу. Такие разрешения, однако, не требуются в Бельгии, Германии, Ирландии, Люксембурге, Норвегии, Финляндии и Франции.

Обеспечение качества посредством разработки основанных на фактических данных клинических руководств для ВОП действует во всех странах, кроме Ирландии, Мальты и Швейцарии. Обычно такие руководства разрабатываются совместно несколькими заинтересованными сторонами, включая министерство здравоохранения, коллегия или ассоциацию ВОП и медицинских работников. Иногда используются зарубежные руководства, адаптированные к национальной ситуации.

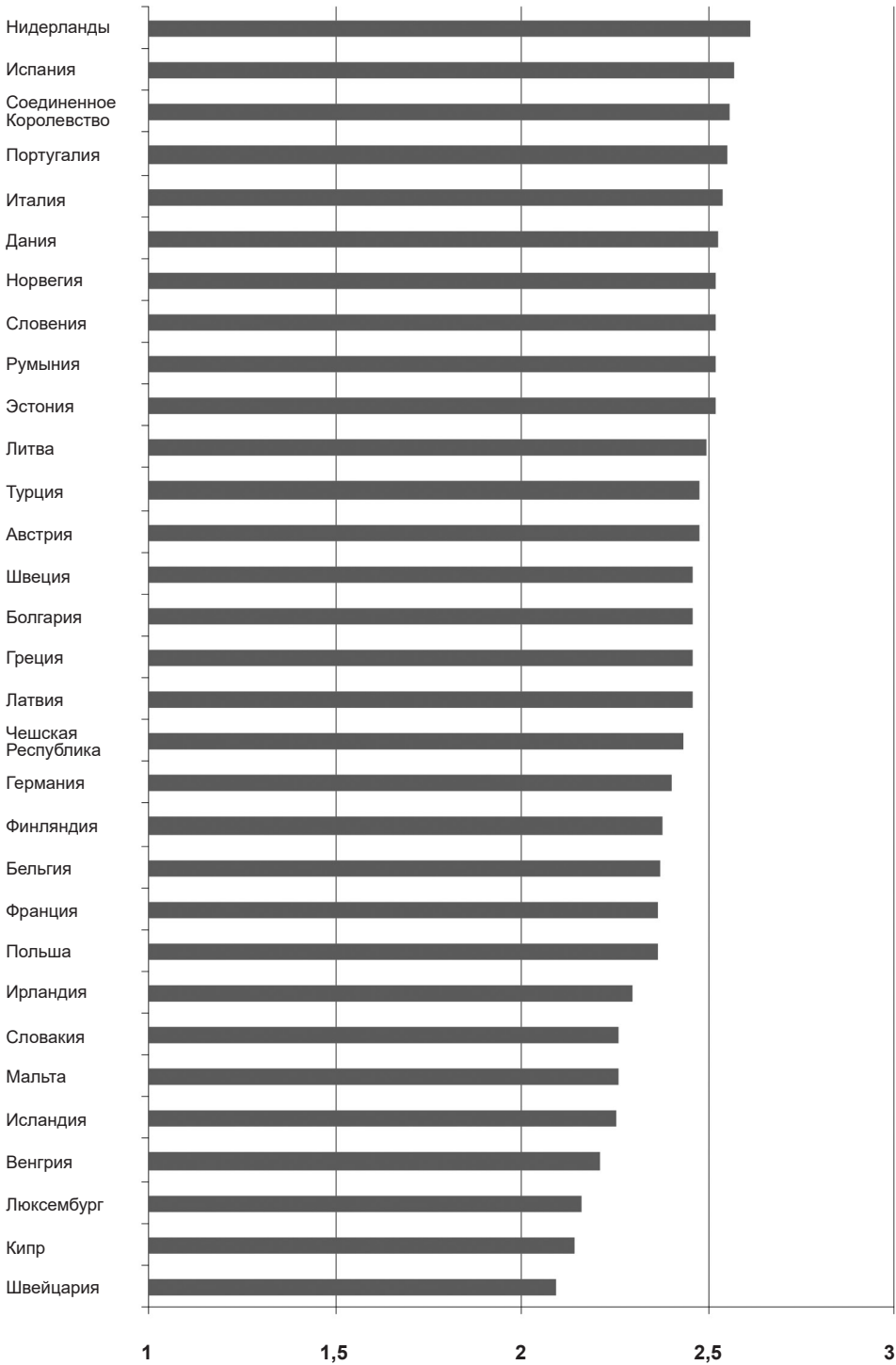
### ***Общее управление первичной помощью в разных странах***

На рисунке 2.1 представлен краткий обзор общей оценки управления первичной помощью в разных странах, иллюстрирующий эффективность каждой страны по всем показателям аспекта управления. Система оценки подробно описана в Приложении II.

На рисунке видно, что в большинстве стран относительно хорошо развиты структуры управления по поддержке первичной помощи. Кроме того, по оценкам различных показателей можно определить согласованность между странами.

Оказалось, что слабо развиты три показателя (государственного) управления. Только в восьми странах существует специальное подразделение в министерстве здравоохранения, отвечающее за первичную помощь, а пять стран имеют государственную инспекцию, контролирующую качество оказания помощи. Кроме

**Рисунок 2.1** Оценка общего управления первичной помощью по странам (шкала 1 (низкая) – 3 (высокая))



того, в одной трети стран не оказалось правительственной политики по многопрофильному сотрудничеству.

Полученные результаты показывают, что управление в странах с диспетчерской системой направления пациентов сильнее ориентировано на первичную помощь, чем в тех странах, где такая система отсутствует (коэффициент корреляции Пирсона 0,64,  $p = 0,00$ ).

Несмотря на небольшие различия в показателях управления в сфере первичной помощи в Европе, можно выделить две группы стран. К странам с сильным управлением в сфере первичной помощи относятся Нидерланды, Испания, Соединенное Королевство, Португалия, Италия, Дания, Норвегия, Словения, Румыния, Эстония и Литва. Группа стран с самым слабым управлением в сфере первичной помощи состоит из Швейцарии, Кипра, Люксембурга, Венгрии, Исландии, Мальты, Словакии, Ирландии и Польши. Другие страны в области управления первичной помощью занимают промежуточное положение.

## 2.2 Экономическая ситуация

Экономическая ситуация в сфере первичной помощи является вторым структурным аспектом системы и во многом определяется соотношением общих расходов здравоохранения на первичную помощь и финансовых условий доступности помощи для пациентов. Совместное несение расходов и совместная оплата могут снижать финансовую доступность медицинской помощи. Более того, существенное значение может иметь финансовое стимулирование медицинских работников. Специалисты первичной помощи могут работать по найму или быть самозанятыми поставщиками услуг, а также могут иметь либо не иметь соглашения с медицинскими службами или системой медицинского страхования. Служебное положение и способ оплаты труда могут также влиять на привлекательность профессий в сфере первичной помощи.

В следующем разделе будут рассмотрены четыре особенности экономической ситуации в сфере первичной помощи (см. обзор характеристик и показателей в Приложении I). В таблице 2.2 представлен краткий обзор результатов оценки экономической ситуации в сфере первичной помощи в разных странах.

### *Расходы на первичную помощь*

Расходы на первичную помощь сильно варьируются в разных странах. В некоторой степени это связано с услугами, входящими в бюджет первичной помощи. Отсутствие единой методологии для расчета расходов на первичную помощь в разных странах затрудняет сопоставление этого показателя. Например, в одних странах этот показатель ограничивается только расходами на семейную практику, в то время как в других включен и свободный доступ к услугам врачей-специалистов. Кроме того, в расходы на первичную помощь могут быть включены затраты на сестринскую помощь в местных сообществах, первичную психиатрическую помощь, стоматологию и неотложную помощь. Даже фонды семейной практики могут содержать элементы для расходов на лабораторные тесты и другие исследования. Наконец, отсутствует единообразие в распределении издержек при назначении лекарств.

**Таблица 2.2** Экономическая ситуация в сфере первичной помощи, обзор отдельных результатов по странам

Страна	Расходы на ПП в % от общего бюджета здравоохранения год	Расходы на профилактику и общественное здравоохранение в % от общего бюджета здравоохранения год	% населения, не застрахованного от медицинских расходов	% населения, застрахованного от расходов на ПП	% населения, застрахованного от затрат на лекарства, медицинские услуги в рамках ПП	Децентрализация ответственности за ПП (уровень)				Система вознаграждения для ВОП, получающих зарплату	Система вознаграждения для самозанятых ВОП	Средний валовой годовой доход ВОП в евро год (вкл. = включая расходы на практику)
						получающие зарплату от нац., рег. или местных властей	получающие зарплату от других врачей	самозанятые, имеющие контракты с фондами медицинского страхования или органами здравоохранения	самозанятые, не имеющие контрактов (получающих оплату от пациентов)			
Австрия	-	1,8 <sup>07</sup>	2,0	98,0	98,0	49,0	-	20,4	29,1	Фиксированная зарплата	Сочетание подушечной и сдельной оплаты и других компонентов	90 852,98 <sup>05</sup>
Бельгия	19,0 <sup>10</sup>	3,9 <sup>07</sup>	<1	99,0	99,0	-	0,3	99,7	-	Фиксированная зарплата	Сочетание подушечной и сдельной оплаты и других компонентов	71 514,00 <sup>09</sup> (вкл.)
Болгария	6,0 <sup>10</sup>	3,5 <sup>06</sup>	5-10	95,0	35-40	-	13,4	86,6	-	Фиксированная зарплата	Сочетание подушечной и сдельной оплаты и других компонентов	13 688,51 <sup>09</sup> (вкл.)
Венгрия	10,3 <sup>10</sup>	2,4 <sup>10</sup>	<1	100	100	4,0	1,0	95,0	-	Фиксированная зарплата	Сочетание подушечной и сдельной оплаты и других компонентов	35 500,00 <sup>10</sup> (вкл.)
Германия	-	4,0 <sup>08</sup>	0,2	99,8	99,8	3,0	10,0	87,0	-	Фиксированная зарплата	Сочетание подушечной и сдельной оплаты	84 300,00 <sup>07</sup>
Греция	22,9 <sup>97</sup>	-	-	100	-	50,0	50,0			Фиксированная зарплата	Сдельная оплата	25 000,0 <sup>09</sup> (-)
Дания	-	1,4 <sup>07</sup>	0	98,0	100			100	-	-	Сочетание подушечной и сдельной оплаты	135 000,00 <sup>10</sup>
Ирландия	13,0 <sup>09</sup>	3,5 <sup>05</sup>	50,0	33,0	30,0	-	-	80,0	20,0	-	Сочетание подушечной и сдельной оплаты	110 000,00 <sup>09</sup>
Исландия	-	0,7 <sup>10</sup>	5,0	100	-	90,0	-	5,0	5,0	Фиксированная зарплата	Сдельная оплата	70 000,00 <sup>09</sup>
Испания	14,1 <sup>05</sup>	2,2 <sup>07</sup>	0	100	100	80,0	-	20,0	-	Зарплата связана как с кол-вом пациентов, так и показателями результативности	Сочетание подушечной и сдельной оплаты и других компонентов	45 000,00 <sup>09</sup>

Таблица 2.2 Продолжение

Страна	Расходы на ПП в % от общего бюджета здравоохранения	Расходы на профилактику и общественное здравоохранение в % от общего бюджета здравоохранения	% населения, не застрахованного от медицинских расходов	% населения, застрахованного от расходов на ПП	% населения, застрахованного от затрат на лекарства, назначенные в рамках ПП	Децентрализация ответственности за ПП (уровень)				Система вознаграждения для ВОП, получающих зарплату	Система вознаграждения для самозанятых ВОП	Средний валовой годовой доход ВОП в евро <sup>10</sup> (вкл. = включая расходы на практику)
						получающие зарплату от нац., рег. или местных властей	получающие зарплату от других врачей	самозанятые, имеющие контракты с фондами медицинского страхования или органами здравоохранения	самозанятые, не имеющие контрактов (получающих оплату от пациентов)			
Италия	5,7 <sup>08</sup>	3,6 <sup>07</sup>	5,0	100	100	-	-	100	-	-	Сочетание подушевой и сдельной оплаты и других компонентов	50 000,00 <sup>10</sup> (вкл.)
Кипр	10,0 <sup>10</sup>	0,6 <sup>06</sup>	10,0	80,0	100	50,0	-	-	50,0	Фиксированная зарплата	Сдельная оплата	55 000,00 <sup>09</sup>
Латвия	9,7 <sup>09</sup>	1,2 <sup>09</sup>	0	100	100	8,0	-	90,0	2,0	Зарплата связана как с кол-вом пациентов, так и показателями результативности	Сочетание подушевой и сдельной оплаты и других компонентов	45 000,00 <sup>08</sup> (вкл.)
Литва	13,8 <sup>09</sup>	1,3 <sup>06</sup>	5,0	99,0	95,0	80,0	-	19,0	1,0	Зарплата связана как с кол-вом пациентов, так и показателями результативности	Сочетание подушевой и сдельной оплаты	10 782,00 <sup>09</sup>
Люксембург	-	1,1 <sup>05</sup>	2,1	97,9	100	10,0	-	90,0	-	Фиксированная зарплата	Сдельная оплата	150 000,00 <sup>08</sup>
Мальта	-	-	-	100	100	35,0	-	-	65,0	Фиксированная зарплата	Сдельная оплата	10 808,30 <sup>99</sup> (-)
Нидерланды	14,7 <sup>08</sup>	18,4 <sup>05</sup>	1,0	99,0	99,0		15,0	85,0	-	Фиксированная зарплата	Сочетание подушевой и сдельной оплаты	112 464,90 <sup>06</sup>
Норвегия	5,8 <sup>08</sup>	1,9 <sup>08</sup>	0	100	100	7,0	-	93,0	-	Фиксированная зарплата	Сочетание подушевой и сдельной оплаты	115 000,00 <sup>10</sup> (вкл.)
Польша	13,3 <sup>09</sup>	2,2 <sup>07</sup>	2,3	97,7	97,7	76,0		24,0		Фиксированная зарплата	Сочетание подушевой и сдельной оплаты	38 400,00 <sup>09</sup> (вкл.)
Португалия	-	1,8 <sup>06</sup>	0	100	100	99,0	1,0	-	-	Зарплата связана как с кол-вом пациентов, так и показателями результативности	-	60 000,00 <sup>09</sup>



Румыния	10,2 <sup>08</sup>	5,9 <sup>06</sup>	0	100	-	-	24,0	-	76,0	Зарплата связана как с кол-вом пациентов, так и показателями результативности	Сочетание подушевой и сдельной оплаты	31 818,00 <sup>08</sup> (вкл.)
Словакия	8,0 <sup>10</sup>	4,5 <sup>06</sup>	0	100	100	0,5	0,5	99,0	-	Фиксированная зарплата	Сочетание подушевой и сдельной оплаты и других компонентов	12 000,00 <sup>09</sup>
Словения	12,2 <sup>08</sup>	4,1 <sup>06</sup>	0,09	100	100	72,0	-	28,0	-	Зарплата связана как с кол-вом пациентов, так и показателями результативности	Сочетание подушевой и сдельной оплаты	44 877,00 <sup>08</sup>
Соединенное Королевство	19,9 <sup>07</sup> (Англ.)	4,0 <sup>07</sup> (Англ.)	0	100	100	20,0		73,0	-	Зарплата связана как с кол-вом пациентов, так и показателями результативности	Сочетание подушевой и сдельной оплаты и других компонентов	133 000,00 <sup>07</sup>
Турция	-	2,3 <sup>00</sup>	12,7	-	-	-	-	100	-	-	Сочетание подушевой и сдельной оплаты и других компонентов	27 000,00 <sup>10</sup>
Финляндия	-	5,4 <sup>07</sup>	0	100	100	100	-	-	-	Зарплата связана как с кол-вом пациентов, так и с показателями результативности	-	64 253,79 <sup>07</sup>
Франция	19,3 <sup>10</sup>	2,6 <sup>08</sup>	0,1	94,6	94,55	31,7	-	59,8	0,2	Фиксированная зарплата	Сдельная оплата (возможно и с учетом выполненной работы)	125 659,00 <sup>06</sup>
Чешская Республика	4,7 <sup>07</sup>	2,2 <sup>07</sup>	0	100	100	1,0	4,0	95,0	-	Фиксированная зарплата	Сочетание подушевой и сдельной оплаты	25 000,00 <sup>10</sup>
Швейцария	25,6 <sup>07</sup>	2,3 <sup>07</sup>	0,8	99,2	99,2	-	-	90,0>	-	-	Сдельная оплата	126 006,00 <sup>05</sup>
Швеция	-	3,5 <sup>07</sup>	0	100	100	Большинство	-	-	-	Фиксированная зарплата	-	54 870,00 <sup>10</sup>
Эстония	7,1 <sup>09</sup>	2,6 <sup>07</sup>	4,4	95,6	95,6	-	5,0	95,0	-	Фиксированная зарплата	Сочетание подушевой и сдельной оплаты и других компонентов	17 500,00 <sup>08</sup>

С учетом этих оговорок, сравнить расходы на первичную помощь можно для 21 из 31 страны. В этих странах доля расходов варьировала от 4,7% в Чешской Республике до 25,6% в Швейцарии. Доля расходов на профилактику и общественное здравоохранение варьировала от 0,6% на Кипре до 18,4% в Нидерландах. Эти данные с трудом поддаются сравнению из-за большого разнообразия вариантов расчета расходов.

### ***Пакет услуг в рамках первичной помощи***

В целом медицинские расходы населения покрываются почти полностью. В половине стран расходы на первичную помощь покрываются полностью, в то время как большинство остальных стран близки к этому. Есть два исключения: Кипр — 80% и Ирландия — 33%. Для Турции нет точных данных по покрытию. В большинстве стран покрытие за назначенные лекарства близко к покрытию расходов на первичную помощь в целом, за исключением Болгарии, где покрытие за назначенные лекарства составляет 40%. Для Румынии и Турции данные отсутствуют. На Кипре расходы на медикаменты покрываются полностью и, следовательно, этот показатель лучше, чем общее покрытие услуг первичной помощи.

### ***Статус занятости ВОП***

Преобладающий статус занятости поставщиков первичной помощи, в частности ВОП, различается в разных странах. В следующих 18 странах ВОП преимущественно являются самозанятыми работниками: Бельгия, Болгария, Венгрия, Германия, Дания, Ирландия, Италия, Латвия, Люксембург, Нидерланды, Норвегия, Румыния, Словакия, Соединенное Королевство, Турция, Чешская Республика, Швейцария и Эстония. В этих странах подавляющее большинство самозанятых ВОП обычно имеют контракты с фондом медицинского страхования или органом здравоохранения.

В Исландии, Испании, Литве, Польше, Португалии, Словении, Финляндии и Швеции все ВОП или большая их часть получают зарплату либо от национальных, региональных или местных органов власти, либо от других ВОП. В большинстве этих стран здравоохранение финансируется за счет государственных бюджетов, а не медицинского страхования. В тех странах, где ВОП получают заработную плату, они часто имеют возможность неполный рабочий день заниматься частной практикой.

Схема оплаты самостоятельно работающих ВОП обычно представляет собой сочетание подушевой и сдельной оплаты. Сдельная оплата труда практикуется только на Кипре, во Франции и Швейцарии. В половине стран, где ВОП получают заработную плату, она является фиксированной, а в остальных странах зарплата сочетается с элементами вознаграждения по результатам труда и связана с количеством обслуживаемых пациентов.

Сравнить годовые доходы ВОП сложно, так как общий доход в разных странах состоит из разных компонентов. В некоторых странах он включает расходы на практику, на оплату труда персонала и даже расходы на лабораторные исследования. В странах, где данные не включают расходы на практику, средний годовой доход ВОП колеблется от 10 782 евро в Литве до 150 000 евро в Люксембурге. В группе стран, где данные включают расходы на практику, средний годовой доход колеблется от 13 688 в Болгарии до 71 514 евро в Бель-

гии. Сравнить чистые доходы еще труднее, так как системы налогообложения сильно различаются.

Поскольку уровень финансирования здравоохранения и первичной помощи в стране связан с показателями экономического развития, неудивительно, что в целом в странах с высоким валовым внутренним продуктом (ВВП) врачи общей практики также имеют относительно высокие доходы. Тем не менее, существуют другие факторы, определяющие доходы ВОП, как показывают различные позиции по доходам врачей общей практики в странах с высоким ВВП, таких как Бельгия и Соединенное Королевство.

### ***Общая экономическая ситуация в сфере первичной помощи в разных странах***

На рисунке 2.2 представлен обзор результатов оценки общей экономической ситуации в сфере первичной помощи в разных странах, с учетом результатов каждой страны для всех показателей экономической ситуации (см. обзор характеристик и показателей, используемых для оценки, в Приложении II). На рисунке показано, что общая экономическая ситуация в сфере первичной помощи наиболее благоприятна в Бельгии, Германии, Дании, Испании, Италии, Нидерландах, Португалии, Словении, Соединенном Королевстве и Финляндии. К странам с относительно плохой экономической ситуацией в сфере первичной помощи относятся Болгария, Греция, Ирландия, Исландия, Кипр, Мальта, Румыния, Турция, Чешская Республика и Швеция.

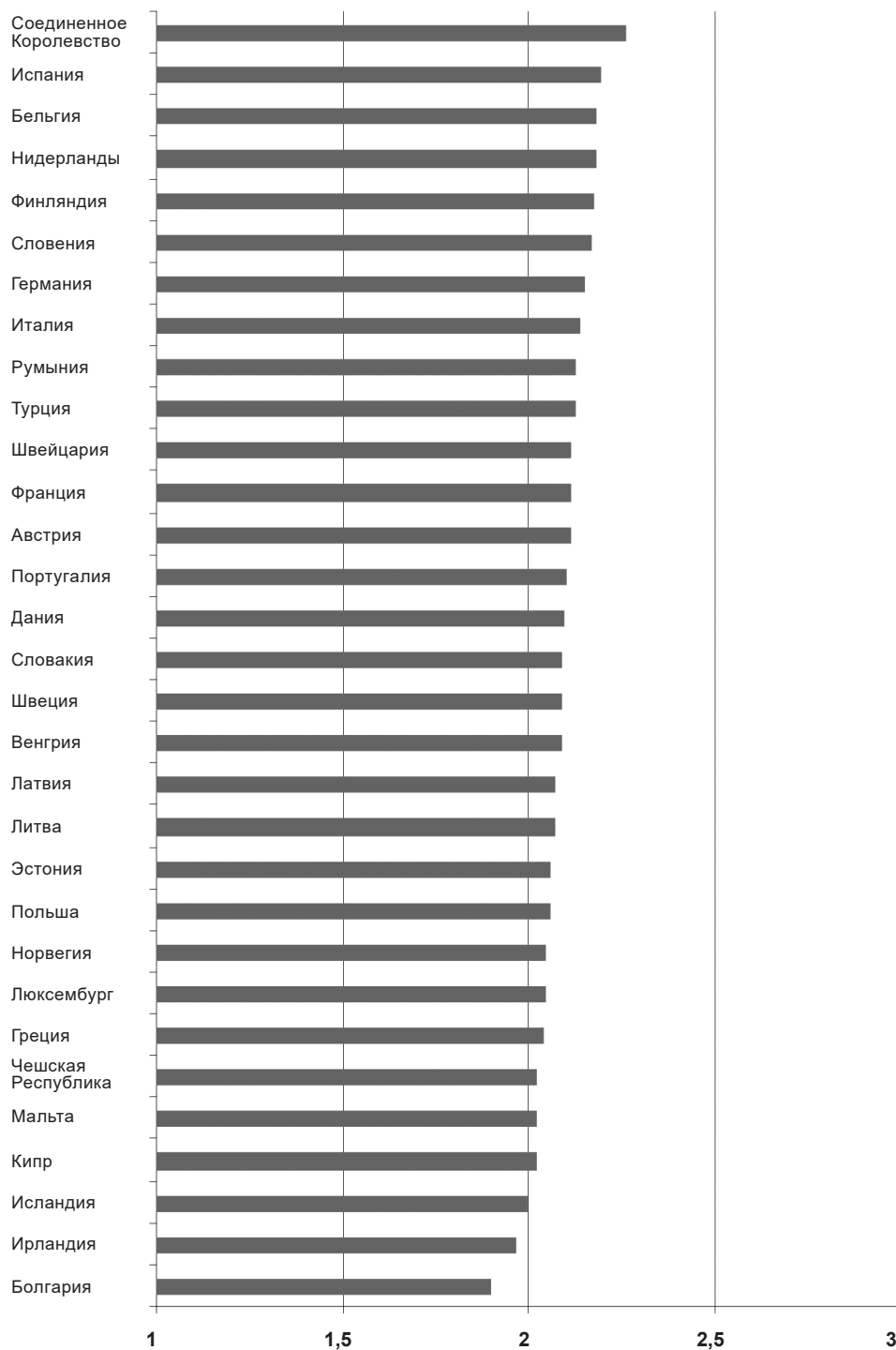
Разница между странами в общей экономической ситуации в сфере первичной помощи невелика; оценки варьируются от 1,90 в Болгарии до 2,26 в Соединенном Королевстве. Тем не менее, в некоторых странах, как оказалось, есть возможности для улучшения конкретных показателей. Расходы на первичную помощь, к примеру, относительно низки в Болгарии, Италии, Латвии, Норвегии, Словакии, Чешской Республике и Эстонии. Также следует отметить, что в 10 странах из 31 не удалось определить расходы на первичную помощь в общем бюджете здравоохранения. Что касается доходов поставщиков, то обращает на себя внимание значительная разница в большинстве стран между финансовым статусом поставщиков первичной помощи и специалистов, работающих в больницах. Финансовое положение ВОП сопоставимо с таковым врачей-специалистов только в Венгрии, Ирландии, Испании, на Кипре, в Португалии, Соединенном Королевстве и Чешской Республике. Во всех остальных странах доход ВОП, как правило, значительно ниже доходов большинства врачей-специалистов. Однако в этих странах ВОП зарабатывают значительно больше, чем медсестры и вспомогательные медицинские работники.

Между национальным доходом (ВВП) и общей экономической ситуацией в сфере первичной помощи существенной связи не обнаружено. Это говорит о том, что применяемые финансовые стратегии и механизмы важнее финансовых ресурсов.

### **2.3 Развитие трудовых ресурсов**

Развитие трудовых ресурсов, третий аспект управления в системе, относится к профилю специалистов, оказывающих услуги в рамках первичной

**Рисунок 2.2** Оценка общей экономической ситуации в сфере первичной помощи по странам (шкала 1 (низкая) — 3 (высокая))



помощи, а также к их позиции в системе здравоохранения. Важные элементы включают, к примеру, тип медицинских работников, задействованных в оказании первичной помощи, их пол и возраст, а также профессиональное признание среди других (медицинских) профессий. Для обеспечения преемственности среди ВОП и других специалистов в области первичной помощи важны наличие и качество программ профессионального обучения, поддержание привлекательности профессии и удержание рабочих кадров. Чтобы подготовиться к будущим потребностям в трудовых ресурсах, необходимо количественное и качественное планирование потенциала.

Профессиональное развитие и защита интересов работников первичной помощи в значительной степени можно отнести к задачам учебных факультетов, профессиональных коллегий и ассоциаций. Получая поддержку от правительства, они также могут участвовать в обеспечении качества, исследованиях и непрерывном медицинском образовании. Эти функции для каждой страны будут рассмотрены в следующем разделе (см. обзор используемых характеристик и показателей в Приложении I).

В таблице 2.3 представлен краткий обзор результатов оценки развития трудовых ресурсов в сфере первичной помощи в разных странах.

### **Специалисты в сфере первичной помощи**

В сфере первичной помощи каждой из 31 страны, включенной в исследование, обязательно работали ВОП, или семейные врачи. В среднем в Европе приходится 68 ВОП на 100 000 населения, хотя это значение сильно варьирует. К примеру, контраст между граничащими между собой Бельгией и Нидерландами очень большой. В Нидерландах насчитывается 47 ВОП на 100 000 населения, тогда как в Бельгии — 115 ВОП на 100 000 населения. Также в большинстве стран (27) к первичной помощи относятся стоматологи. Кроме того, в сфере первичной помощи часто работают медсестры; такая практика принята в 23 странах. Однако медсестры могут выполнять совершенно разные функции в рамках первичной помощи, от специализированного сестринского ухода, например за хроническими больными, до более общих задач по оказанию поддержки. Специализированные медсестры и медсестры по уходу на дому реже входят в состав персонала первичной помощи (только почти в половине стран). Акушерки работают в сфере первичной помощи в 22 странах.

Кроме того, во многих странах пациенты имеют прямой доступ к ряду врачей-специалистов, также входящих в систему первичной медико-санитарной помощи. В двух третях стран гинекологи, педиатры и офтальмологи входят в систему первичной помощи. Примерно в половине стран терапевты, отоларингологи, кардиологи, невропатологи и хирурги работают в качестве поставщиков первичной помощи.

### **Наличие ВОП**

Старение ВОП может стать проблемой во многих странах. В более чем половине стран проводятся исследования, посвященные демографии первичной помощи и будущим потребностям в области ее потенциала. За исключением Турции, где средний возраст ВОП составляет 39 лет, возраст врачей общей практики в остальных странах составляет в основном от 45 до 55 лет.

Таблица 2.3 Развитие трудовых ресурсов в сфере первичной помощи, обзор отдельных результатов по странам

Страна	Поставщики ПП <sup>1</sup>	% практикующих ВОП в возрасте 55+ лет	Среднее кол-во рабочих часов/неделя у ВОП	Официально утвержденный профиль задач ВОП	Уровень дохода ВОП в сравнении с доходом большинства врачей-специалистов	% изменения со стороны предложения ВОП за 5 лет в среднем для всех поставщиков ПП	Выполняется планирование потенциала трудовых ресурсов ПП	Семейная медицина входит в медицинское образование по программе бакалавриата	% мед. университетов со специализацией по семейной медицине/общей практике (год внедрения)	Профессиональная подготовка патронажных сестер и медсестер ПП2	Публикация журнала о сестринской помощи в области семейной медицины/общей практики <sup>2</sup>
Австрия	ВОП/СВ; АК/ГИН; ПЕД; ТЕР; ОФТ; ЛОР; КАР; НЕВ; ХИР; МСПП; МСС; МСД; ФЗТ; АК; ТРУД; ЛОГ; СТОМ	45,0	60	Да	(Значительно) ниже	+10,8+14,9 (2003–2007)	Нет	Да	0	ПМС: Да МСПП: Да	СМ: Нет МСПП: Нет
Бельгия	ВОП/СВ; АК/ГИН; ПЕД; ТЕР; ОФТ; ЛОР; КАР; НЕВ; ХИР; МСПП; АК; СТОМ	39,1	49	Нет	Значительно ниже	+0,7+6,1 (2004–2008)	Да	Да	80,0 (-)	ПМС: Да МСПП: Нет	СМ: Да МСПП: Да
Болгария	ВОП/СВ; АК/ГИН; ПЕД; СТОМ	15,0	36	Да	(Значительно) ниже	-3,1 - 1,7 (2002-2006)	Нет	Да	66,6 (1998)	ПМС: Нет МСПП: Нет	СМ: Да МСПП: Нет
Венгрия	ВОП/СВ; АК/ГИН; ПЕД; ОФТ; ЛОР; ХИР; МСПП; АК; СТОМ	48,0	35	Да	Равный/ ниже	-2,2 -9,8 (2002–2006)	Нет	Да	100,0 (1999)	ПМС: Да МСПП: Да	СМ: Да МСПП: Нет
Германия	ВОП/СВ; АК/ГИН; ПЕД; ТЕР; ОФТ; ЛОР; КАР; НЕВ; ХИР; АК; СТОМ	42,9 (50+ лет)	51	Да	(Значительно) ниже	-6,0+70 (2002–2006)	Да	Да	0	ПМС: Нет МСПП: Да	СМ: Да МСПП: Нет
Греция	ВОП/СВ; АК/ГИН; ПЕД; ТЕР; ОФТ; ЛОР; КАР; НЕВ; ХИР; МСПП; МСС	-	50	Да	(Значительно) ниже	+36,1+12,1 (2001–2005)	Да	Да	50,0 (1986)	ПМС: Нет МСПП: Нет	СМ: Да МСПП: Нет
Дания	ВОП/СВ; АК/ГИН; ПЕД; ТЕР; ОФТ; ЛОР; КАР; НЕВ; ХИР; ФЗТ; СТОМ	51,0	44	Да	Значительно ниже	+4,3+8,0 (2002–2006)	Да	Да	75,0 (1985)	ПМС: Да МСПП: Да	СМ: Да МСПП: Да
Ирландия	ВОП/СВ; АК/ГИН; ПЕД; ТЕР; ОФТ; ЛОР; КАР; НЕВ; ХИР; МСПП; МСД; ФЗТ; АК; ТРУД; ЛОГ; СТОМ	31,0	40	Нет	Равный	+17,4 +23,7 (2004–2006)	Да	Да	100,0 (1972)	ПМС: Да МСПП: Нет	СМ: Да МСПП: Да
Исландия	ВОП/СВ; АК/ГИН; ПЕД; ТЕР; ОФТ; ЛОР; КАР; НЕВ; ХИР; МСПП; МСС; МСД; ФЗТ; АК; ТРУД; ЛОГ; СТОМ	32,0	43	Нет	ниже	+11,5+9,4 (1998–2001)	Нет	Да	100,0 (1990)	ПМС: Да МСПП: Нет	СМ: Нет МСПП: Нет
Испания	ВОП/СВ; АК/ГИН; ПЕД; МСПП; МСД; АК; СТОМ	60,5 (50+ лет)	40	Да	Равный	+8,3+14,8 (2003–2007)	Да	Нет	0 (1978)	ПМС: Да МСПП: Да	СМ: Да МСПП: Да
Италия	ВОП/СВ; АК/ГИН; ПЕД; ОФТ; КАР; МСД; ФЗТ; ЛОГ; СТОМ	87,0 (50+ лет)	39	Да	ниже	+0,12+81,8 (2002–2007)	-	Да	0	ПМС: Да МСПП: Нет	СМ: Да МСПП: Нет

Кипр	ВОП/СВ; АК/ГИН; ПЕД; ТЕР; ОФТ; ЛОР; КАР; НЕВ; ХИР; МСПП; МСС; СТОМ	55,0	-	Нет	Равный (государствен- ный сектор)	-20,4+16,2 (1995–2000)	Нет	Нет	0	ПМС: Да МСПП: Нет	СМ: - МСПП: -
Латвия	ВОП/СВ; АК/ГИН; ПЕД; ОФТ; МСПП; АК; СТОМ	27,0	40	Да	(Значительно) ниже	+18,8-4,2 (2003–2007)	Нет	Да	100,0 (1993)	ПМС: Нет МСПП: Нет	СМ: Нет МСПП: Нет
Литва	ВОП/СВ; АК/ГИН; ПЕД; ХИР; МСПП; СТОМ	25,0	38	Да	ниже	+43,1 +3,6 (2002–2006)	Да	Да	100,0 (1993)	ПМС: Да МСПП: Да	СМ: Да МСПП: Нет
Люксембург	ВОП/СВ; АК/ГИН; ПЕД; ТЕР; ОФТ; ЛОР; КАР; НЕВ; ХИР; МСД; АК; СТОМ	32,0	60	Да	Значительно ниже	+5,5+11,2 (2003–2008)	Нет	Нет	100,0 (2004)	ПМС: Нет МСПП: Нет	СМ: Нет МСПП: Нет
Мальта	ВОП/СВ; АК/ГИН; ПЕД; МСПП; АК; СТОМ	11,0	44	-	ниже	+1,6 +5,4 (1998-2007)	-	Да	100,0 (2005)	ПМС: - МСПП: -	СМ: Да МСПП: -
Нидерланды	ВОП/СВ; МСПП; МСС; МСД; ФЗТ; АК; ТРУД; СТОМ	27,6	44	Да	Значительно ниже	+5,4 +21,7 2004–2009)	Да	Да	100,0 (1974)	ПМС: Нет МСПП: Да	СМ: Да МСПП: Да
Норвегия	ВОП/СВ; МСД; ФЗТ; АК; ТРУД; СТОМ	51,0 (50+ лет)	49	Да	-	+11,4+8,6 (2002–2006)	Да	Да	100,0 (1985)	ПМС: Нет МСПП: Нет	СМ: Да МСПП: Нет
Польша	ВОП/СВ; АК/ГИН; ПЕД; ТЕР; ОФТ; МСПП; АК; СТОМ	-	50	Да	Равный/ ниже	+27,2-4,5 (2003–2006)	Нет	Да	91,6 (1994)	ПМС: Нет МСПП: Да	СМ: Да МСПП: Нет
Португалия	ВОП/СВ; МСПП	18,0	42	Да	Равный	+6,1+6,1 (2001– 2005)	Да	Да	100,0 (1981)	ПМС: Да МСПП: Нет	СМ: Да МСПП: Нет
Румыния	ВОП/СВ; МСПП; МСД; ФЗТ; АК; ТРУД	-	48	Нет	Ниже	+22,7 +7,6 (2005–2006)	Нет	Да	100,0 (1990)	ПМС: Да МСПП: Да	СМ: Да МСПП: Нет
Словакия	ВОП/СВ; АК/ГИН; ПЕД; ОФТ; СТОМ	35,0	40	Да	Значительно ниже	-16,7 -10,2 (2002–2006)	Нет	Да	11,0 (1978)	ПМС: Нет МСПП: Нет	СМ: Да МСПП: Нет
Словения	ВОП/СВ; АК/ГИН; ПЕД; МСПП; МСД; ФЗТ; АК; СТОМ	33,5	40	Нет	Ниже	+38,0 +28,5 (2002–2006)	Да	Да	-	ПМС: - МСПП: -	СМ: Да МСПП: Нет
Соединенное Королевство	ВОП/СВ; МСПП; МСС; МСД; АК; СТОМ	30,0 (50+ лет)	44	Да	Равный	+9,1 +10,0 (2003–2007)	Да	Да	0 (1951)	ПМС: Да МСПП: Да	СМ: Да МСПП: Да
Турция	ВОП/СВ; АК/ГИН; ПЕД; ТЕР; ОФТ; ЛОР; КАР; НЕВ; ХИР; МСПП; МСС; МСД; ФЗТ; АК; ТРУД; ЛОГ; СТОМ	1,3 (дан- ные из провин- ций) 2	51	Да	(Значительно) ниже	-29,7+17,5 (2004–2008)	Да	Нет	74,0 (1993)	ПМС: Да МСПП: Нет	СМ: Да МСПП: Нет
Финляндия	ВОП/СВ; МСПП; МСС; МСД; ФЗТ; АК; ТРУД; ЛОГ; СТОМ	-	40	Нет	(Значительно) ниже	+12,8+7,3 (1999–2003)	Нет	Да	100,0 (1961)	ПМС: Да МСПП: Да	СМ: Да МСПП: Нет

Таблица 2.3 Продолжение

Страна	Поставщики ПП <sup>1</sup>	% практикующих ВОП в возрасте 55+ лет	Среднее кол-во рабочих часов/неделя у ВОП	Официально утвержденный профиль задач ВОП	Уровень дохода ВОП в сравнении с доходом большинства врачей-специалистов	% изменения со стороны предложения ВОП за 5 лет в среднем для всех поставщиков ПП	Выполняется планирование потенциала трудовых ресурсов ПП	Семейная медицина входит в медицинское образование по программе бакалавриата	% мед. университетов со специализацией по семейной медицине/общей практике (год внедрения)	Профессиональная подготовка патронажных сестер и медсестер ПП2	Публикация журнала о сестринской помощи в области семейной медицины/общей практики <sup>2</sup>
Франция	ВОП/СВ; АК/ГИН; ПЕД; ОФТ; ЛОР; КАР; НЕВ; ХИР; ФЗТ; АК; ТРУД; ЛОГ; СТОМ	32,9	49	Да	(Значительно) ниже	-0,5+4,4 (2004–2008)	Да	Нет	100,0 (1988)	ПМС: Нет МСПП: Нет	СМ: Да МСПП: Нет
Чешская Республика	ВОП/СВ; АК/ГИН; ПЕД; ОФТ; ЛОР; КАР; ХИР; МСПП; ФЗТ; СТОМ	65,8 (50+ лет)	40	Нет	Равный	-1,9+11,4 (2003-2007)	Нет	Да	0	ПМС: Нет МСПП: Нет	СМ: Да МСПП: Нет
Швейцария	ВОП/СВ; АК/ГИН; ПЕД; ТЕР; ОФТ; ЛОР; КАР; НЕВ; ХИР; МСПП; ФЗТ; АК; ТРУД; ЛОГ; СТОМ	43,0	44	Нет	(Значительно) Ниже	-1,0+4,3 (2004–2008)	Да	Да	100,0 (-)	ПМС: Да МСПП: Нет	СМ: Да МСПП: Нет
Швеция	ВОП/СВ; АК/ГИН; ПЕД; ТЕР; ОФТ; ЛОР; КАР; НЕВ; ХИР; МСПП; МСС; МСД; ФЗТ; АК; ТРУД; ЛОГ	-	-	-	-	+9,6 +9,5 (2002–2006)	Да	Да	-	ПМС: Да МСПП: Нет	СМ: Да МСПП: -
Эстония	ВОП/СВ; АК/ГИН; ОФТ; МСПП; АК; ТРУД; СТОМ	38,8	40	Да	(Значительно) ниже	+12,4+54,9 (2002–2006)	Да	Да	100,0 (1991)	ПМС: Нет МСПП: Да	СМ: Да МСПП: Нет

<sup>1</sup> ВОП/СВ = Врач общей практики/семейный врач; АК/ГИН = Акушер/гинеколог; ПЕД = Педиатр; ТЕР = Терапевт; ОФТ = Офтальмолог; ЛОР = Отоларинголог; КАР = Кардиолог; НЕВ = Невропатолог; ХИР = Хирург; МСПП = Медсестра первичной помощи/общей практики; МСС = Медсестра специализированная; МСД = Медсестра по уходу на дому; ФЗТ = Физиотерапевт (амбулаторный); АК = Акушерка (амбулаторная); ТРУД = Трудотерапевт; ЛОГ = Логопед; СТОМ = Стоматолог

<sup>2</sup> ПМС = Патронажная или участковая медсестра; МСПП = Медсестра первичной помощи/общей практики; СМ = Семейная медицина, общая практика.



Опять же, распределение по возрасту в разных странах сильно варьируется. В таких странах, как Кипр, Испания, Италия, Норвегия, Чешская Республика и Швеция около половины трудовых ресурсов общей практики старше 55 лет. Страны по-разному реагируют на неизбежные последствия старения своих ВОП. В некоторых странах в последние годы число ВОП сильно возросло, например в Греции, Литве, Польше и Словении, в то время как в других странах, таких как Германия и Словакия, их число неуклонно снижается.

В дополнение к возрастной структуре профессии, потенциал трудовых ресурсов также связан с режимом работы и продолжительностью рабочего времени персонала. Часы работы общей практики в Европе, за исключением возможных вызовов, варьируются от 35 часов в неделю в Венгрии до 100 часов в неделю в сельских регионах Австрии. Среднее значение составляет 44 часа в неделю. Эти часы включают как непосредственное оказание помощи пациентам, так и другие виды деятельности. В некоторых странах часы работы подлежат обязательной регламентации, что также относится и к самозанятым ВОП, которые ведут собственную практику.

### ***Профессиональный и академический статус***

Профессиональный статус общей практики определялся по нескольким показателям. Это, во-первых, наличие официального описания должностных обязанностей, закрепленного либо законодательно, либо в профессиональном кодексе. Так обстоит дело в 20 странах Европы. В пятнадцати странах должностные обязанности установлены законодательно; в большинстве из них это было сделано в последние 15 лет. В Австрии, Германии и Соединенном Королевстве задачи и обязанности ВОП включены в контракт между финансовым органом и ВОП, в то время как в Литве и Люксембурге должностные обязанности устанавливаются самими специалистами. Вторым показателем профессионального статуса является уровень дохода. За исключением Испании, Португалии и Соединенного Королевства, системы здравоохранения которых государственного типа (схожи с NHS), ВОП зарабатывают меньше или намного меньше врачей-специалистов (хотя педиатры и терапевты иногда зарабатывают столько же, сколько и врачи общей практики). Однако, если сравнить доходы ВОП с доходами других работников первичной помощи, таких как специализированные медсестры, медсестры по уходу на дому, физиотерапевты, акушерки, трудотерапевты и логопеды, ВОП всегда зарабатывают больше или гораздо больше. В некоторых странах стоматологи зарабатывают больше ВОП, в то время как в других странах ситуация обратная.

Привлекательность общей практики или первичной помощи также отражается в предпочтениях студентов-медиков, которые хотят стать ВОП или семейными врачами. За исключением Австрии и Франции, около 17% студентов-медиков по всей Европе выбирают специальность врача общей практики. В Австрии этот показатель значительно выше, потому что все врачи начинают как ВОП, прежде чем специализироваться в определенной дисциплине. Во Франции этот показатель выше, поскольку количество позиций по каждой медицинской специальности определяется законодательно и распределяется по результатам обязательного квалификационного экзамена.

Ситуация с подготовкой медсестер, особенно для первичной помощи, отличается в разных странах. В восьми странах такая подготовка отсутствует

совсем. Медсестры в 13 странах могут получить специальность патронажной сестры или сестры первичной помощи. В восьми странах возможны обе специализации.

### **Профессиональные ассоциации**

Почти во всех странах существует по крайней мере одна профессиональная организация для ВОП, ассоциация либо коллегия врачей общей практики. В основном они участвуют в научном, образовательном и профессиональном развитии (выпуск руководств, непрерывное медицинское образование). Часто врачи общей практики также должны регистрироваться в реестре врачей всех специальностей.

Профессиональные организации для медсестер первичной помощи встречаются реже. Ассоциации или организации для медсестер первичной помощи существуют только в 10 из 23 стран, в которых работают сестры первичной помощи. В большинстве европейских стран выпускаются журналы о семейной медицине, но не все они рецензируются или содержат не менее 50% научных материалов. Выпускается только шесть журналов о сестринском деле в сфере первичной помощи.

### **Общее развитие трудовых ресурсов в сфере первичной помощи в разных странах**

На рисунке 2.3 представлены результаты общей оценки развития трудовых ресурсов в сфере первичной помощи в разных странах, с учетом результатов каждой страны для всех показателей развития трудовых ресурсов (см. обзор характеристик и показателей, используемых для оценки, в Приложении II).

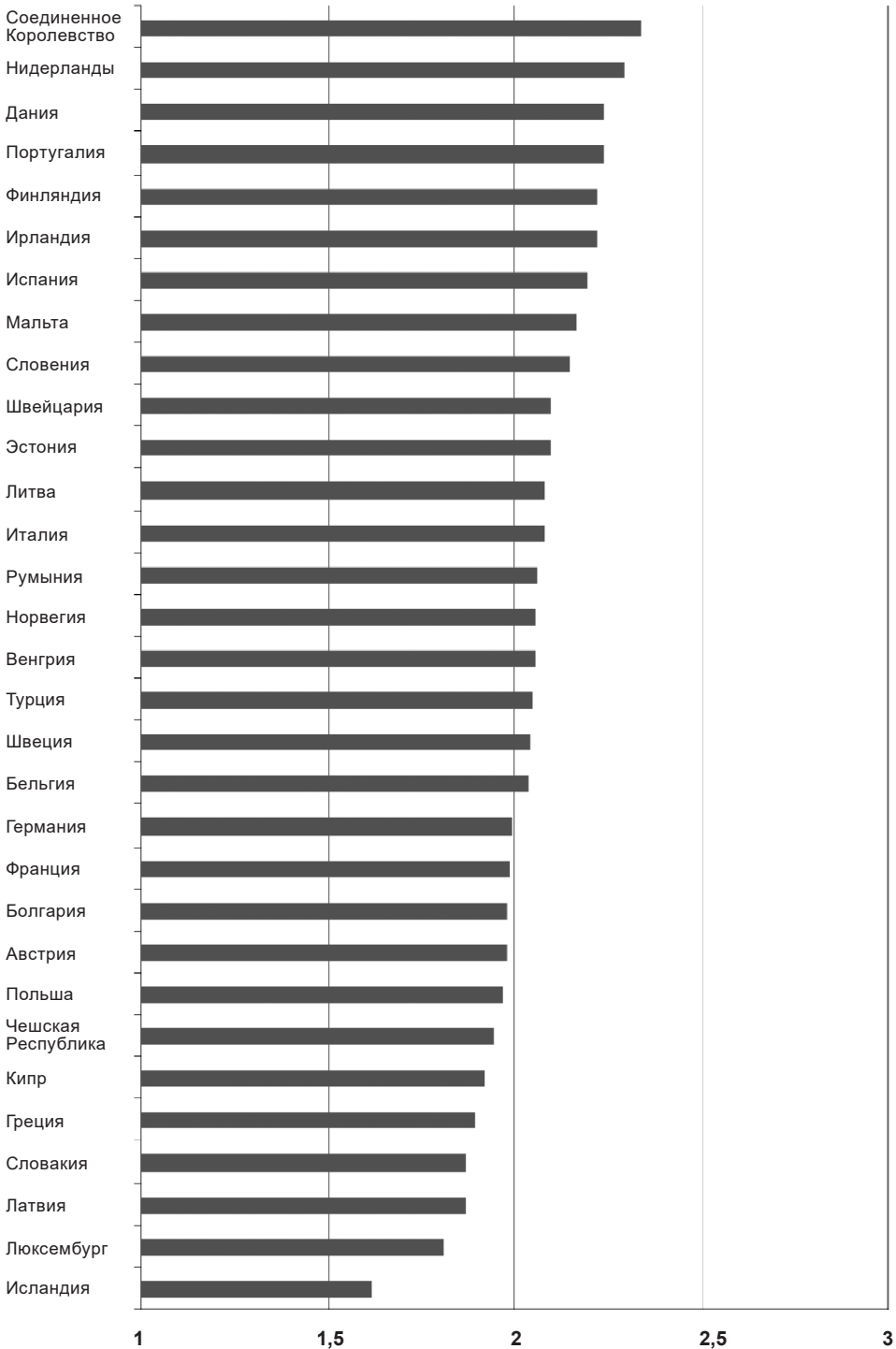
По сравнению с управлением и экономической ситуацией в сфере первичной помощи, различия в развитии трудовых ресурсов первичной помощи более выраженные. Показатели варьируют от 1,62 в Исландии до 2,34 в Соединенном Королевстве.

Относительно высокий уровень развития трудовых ресурсов первичной помощи наблюдается в Дании, Ирландии, Испании, на Мальте, в Нидерландах, Португалии, Словении, Соединенном Королевстве, Финляндии и Швейцарии. Уровень развития трудовых ресурсов относительно низок в Греции, Исландии, на Кипре, в Латвии, Люксембурге, на Мальте, в Польше, Словакии, Словении, Чешской Республике и Швеции.

## **2.4 Общая структура первичного звена помощи**

На рисунке 2.4 показаны три аспекта структуры первичной помощи — управление, экономическая ситуация и развитие трудовых ресурсов — представленные в этой главе. Каждый аспект на рисунке отображен в виде оси. С каждой парой аспектов (управление + развитие трудовых ресурсов, управление + экономическая ситуация, развитие трудовых ресурсов + экономическая ситуация) отображается положение в стране: чем темнее оттенок зеленого, тем лучше положение в стране. Страны с крепкой структурой первичной помощи (включая управление, экономическую ситуацию и развитие трудовых ресурсов): Дания, Испания, Италия, Нидерланды, Португалия, Румыния, Словения, Соединенное Королевство и Финляндия. Относительно слабая

**Рисунок 2.3** Оценка общего развития трудовых ресурсов в сфере первичной помощи по странам (шкала 1 (низкая) – 3 (высокая))



**Рисунок 2.4** Общий (высокий/средний/низкий) уровень управления, развития трудовых ресурсов и экономической ситуации в сфере первичной помощи по странам

		Управление ПП							
		DK ES NL PT SIUK	EE IT LT NO RO		ВЫСОКИЙ	EE NO	DK LT PT	ITES NL RO SIUK	
		FI	BE DE FR SE TR	AT BG CZ GR LV	СРЕДНИЙ	BG CZ GR	AT FR LV SE TR	BE DE FI	
		CH IEMT	HU	CY ISLU PL SK	НИЗКИЙ	CY IE ISLU MT PL	CH HU SK		
Развитие трудовых ресурсов ПП		ВЫСОКИЙ	СРЕДНИЙ	НИЗКИЙ		НИЗКИЙ	СРЕДНИЙ	ВЫСОКИЙ	Экономическая ситуация ПП
					НИЗКИЙ	BG CY CZ GR ISLU PL	AT LV SK		
					СРЕДНИЙ	EE NO	FR HU LT SE TR	DE BE IT RO	
					ВЫСОКИЙ	IEMT	CH DK PT	ES FINL SIUK	
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				
					ВЫСОКИЙ				
					СРЕДНИЙ				
					НИЗКИЙ				

## **Национальные стратегии и планы**

Во многих странах существует четкая и общедоступная стратегия или подробный план развития первичной помощи, по которым можно судить о прогрессе этого развития. Действительно, утверждение и эффективность таких документов зависит от политической воли административных органов, поэтому они могут быть пересмотрены, изменены или полностью переформулированы по мере изменения политических или экономических условий.

Однако руководящие документы по оказанию первичной медико-санитарной помощи могут быть важным основанием и эталоном для предоставления медицинских услуг населению. Национальные стратегии могут быть основой всеобъемлющей системы здравоохранения на базе первичной помощи. В Испании, например, это было сделано в процессе децентрализации управления ПП, а во Франции начала развиваться первичная помощь на основе групп специалистов.

Тем не менее, в некоторых странах отсутствует четкий план развития первичной помощи, в том числе комплексного предоставления услуг и улучшения координации помощи. Крепкая система первичной помощи не возникает спонтанно, а требует целенаправленной конкретной стратегии с распределением ролей между уровнями помощи, лечебными и профилактическими услугами на уровне первичной помощи, а также координации в системе здравоохранения и финансовых стимулов для поставщиков. Имеющиеся фактические данные свидетельствуют о том, что системы здравоохранения с хорошо развитым первичным звеном медико-санитарной помощи показывают лучшие результаты с точки зрения укрепления здоровья населения и сокращения расходов. В отсутствие четкой политики и регулирования первичной медицинской помощи эти преимущества могут быть упущены.

## **Междисциплинарное сотрудничество**

Лица, принимающие решения, и медицинские работники постоянно сталкиваются с необходимостью поддержания способности систем здравоохранения быстро реагировать на возникающие проблемы. Например, старение населения Европы и повышение распространенности неинфекционных заболеваний требуют внедрения новых методов с учетом меняющихся потребностей в области здравоохранения. Борьба с хроническими и множественными заболеваниями будет более действенной, если медицинские работники будут тесно сотрудничать между собой и смогут делегировать друг другу определенные задачи. В профилактической и упреждающей медицине уровень интегрированной первичной помощи играет важнейшую роль, особенно это касается общественных служб и охраны здоровья на производстве. Это непросто реализовать, особенно в странах, где в сфере первичной помощи преимущественно работают частнопрактикующие ВОП.

Кроме того, в рамках профессионального образования следует давать работникам новые навыки, их сочетание и готовить к совместной работе. Непрерывное образование также должно учитывать меняющиеся требования к оказанию помощи и разработке новых задач. Наконец, роль регулирования и финансирования первичной помощи будет заключаться в создании правильных стимулов для такой работы.

Страны с лучшей профессиональной инфраструктурой или более сильными академическими традициями в области первичной медико-санитарной помощи чаще опережают других в этом развитии. Если будет разработана и сформулирована стратегия будущей роли первичной помощи, страны смогут учиться друг у друга тому, как двигаться в этом направлении.

### **Образование и обучение**

В последние годы достигнут существенный прогресс в подготовке врачей для работы в сфере первичной помощи. Обязательное последиplomное образование, варьирующееся от трех до пяти лет, как в университетах, так и в сфере первичной медико-санитарной помощи, улучшило работу системы первичной помощи в различных странах, хотя многое в этом направлении еще предстоит сделать. Объемы обучения и изучаемые предметы в разных странах сильно отличаются, а в ряде стран область применения общей практики все еще ограничена (например, потому что ВОП не обучены предоставлению помощи детям). В некоторых странах очень ограничено последиplomное образование для ВОП.

Ситуация с профессиональным развитием других работников сферы первичной помощи, таких как медсестры по уходу на дому и патронажные медсестры, менее позитивная. Возможности усовершенствования по этим дисциплинам существуют, главным образом, только в странах Западной Европы с хорошо развитыми системами первичной помощи. Комплексная и всеобъемлющая служба первичной помощи требует инвестиций как в людей, так и в системы.

### **Стратегии повышения эффективности**

Подходы к повышению эффективности первичной помощи варьируются в разных странах и зависят как от культурных традиций, так и от системы здравоохранения. Поскольку в большинстве стран ВОП играют ключевую роль в реформах по повышению эффективности и оперативности оказания услуг, стимулирование эффективности в основном направлено на общую практику. Страны могут использовать силу закона, не обращая особого внимания на оценку фактических результатов, или прибегать к финансовым стимулам, например платить за результативность, чтобы медицинские работники совершенствовали оказание приоритетных услуг, применяя инновационные подходы.

## **2.6 Заключение**

В этой главе описаны аспекты первичной помощи в европейских странах с точки зрения структуры и организации первичного уровня помощи, в том числе структур формирования политики, финансирования, образования и трудовых ресурсов.

- Управление в сфере первичной помощи относительно хорошо развито, а различия между странами несущественны, но при этом мало стратегий многопрофильного сотрудничества.
- Что касается экономических условий, то расходы на первичную помощь сильно варьируются (если их вообще удавалось определить). Кроме того, ВОП обычно зарабатывают (значительно) меньше, чем врачи-специалисты. В остальном экономические условия различались мало.

- Отличия в развитии трудовых ресурсов были значительнее. Здесь важны различия между странами касательно положения медсестер и врачей-специалистов в сфере первичной помощи.
- Если принять во внимание все аспекты структуры первичной помощи, складывается вполне согласованная картина: страны с высоким рейтингом по одному аспекту чаще имеют высокие рейтинги и по другим.

## Библиография

Frederickson HG (2005). *Whatever happened to public administration? Governance, governance everywhere. The Oxford Handbook of Public Management*. New York, Oxford University Press.

Keohane R (2002). International organizations and garbage can theory. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 12:155–159.

## Оказание услуг в рамках первичной помощи

*Andrew Wilson, Adam Windak, Marek Oleszczyk, Stefan Wilm,  
Toralf Hasvold, Dionne Kringos*

Эта глава будет посвящена аспектам в рамках «процесса», а основное внимание будет уделено главным особенностям оказания услуг в системе первичной помощи. В дополнение к диапазону предоставляемых услуг будет представлен сравнительный обзор различий в доступе к услугам, а также в непрерывности и координации оказания помощи. Кроме объема и типа услуг первичной помощи доступность определяется удаленностью практикующих служб и организацией (например, наличием системы записи на прием, оказанием помощи в нерабочие часы, визитами на дом). Финансовые препятствия, например доплаты за услуги, определяют финансовую доступность первичной помощи. Степень доступности услуг первичной помощи, основанная на медицинских потребностях и не имеющая систематических различий на основе индивидуальных или социальных характеристик, указывает на достигнутый уровень равноправия в доступе. Непрерывность оказания помощи включает в себя непрерывность взаимодействия с пациентами и их ведения. Функция координации отражает способность поставщиков услуг первичной помощи координировать использование услуг в рамках первичной помощи и на других уровнях здравоохранения. Она определяется наличием «диспетчерской» системы направления пациентов к специалистам, структурой практики и совместной работы, диверсификацией и заменой поставщиков услуг первичной помощи, а также интеграцией и сотрудничеством звена первичной помощи со вторичным уровнем помощи и сектором общественного здравоохранения. В конце главы схематически представлен диапазон услуг, доступность, непрерывность и координация помощи в странах Европы, а также взаимосвязь между различными аспектами.

### 3.1 Доступ к первичной помощи

Важнейшей особенностью первичной помощи является предоставление доступа к услугам для всех, кто в них нуждается, независимо от личных характеристик, социально-экономического статуса или состояния здоровья. Доступность услуг первичной помощи определяется несколькими факторами. Объем и виды услуг должны соответствовать потребностям населения. Географическая доступность первичной помощи определяется удаленностью служб с точки зрения дальности поездки для пациентов. На уровне врачебной практики ресурсы должны быть организованы таким образом, чтобы обеспечить надлежащий доступ (например, наличие системы записи на прием, оказание помощи в нерабочие часы, визиты на дом). Любые финансовые препятствия, которые могут возникать у пациентов при получении услуг первичной помощи, такие как доплаты и соглашения о совместном несении расходов, определяют ценовую и, следовательно, финансовую доступность



первичной помощи. Степень доступности услуг первичной помощи, основанная на медицинских потребностях и не имеющая систематических различий на основе индивидуальных или социальных характеристик, указывает на достигнутый уровень равноправия в доступе. В следующем разделе будут рассмотрены эти характеристики доступа к первичной помощи в каждой из стран (см. полный обзор всех характеристик и показателей доступа к первичной помощи в Приложении I).

В таблице 3.1 представлен краткий обзор результатов оценки доступности первичной помощи в разных странах.

### ***Предоставление и распределение услуг в рамках первичной помощи***

Необходимым предварительным условием надлежащего доступа к первичной помощи является достаточное число практикующих врачей на душу населения на национальном уровне, а также их распределение внутри страны, обеспечивающее соответствие между потребностями в помощи и ее доступности. Это давняя проблема, стоящая перед всеми системами здравоохранения (Hart, 1971).

Сопоставление числа ВОП на душу населения в разных странах следует интерпретировать с осторожностью, из-за различий степени участия в оказании услуг первичной помощи других специалистов медицинской и сестринской помощи. Тем не менее, во всех странах основным поставщиком услуг первичной помощи является ВОП. Плотность ВОП (на 100 000 населения) в разных европейских странах различается более чем в семь раз.

Также есть отличия в распределении ВОП в пределах страны. Наибольшие различия между регионами наблюдаются в Швейцарии, Швеции, Бельгии, Болгарии и Соединенном Королевстве. Наименьшее неравенство между регионами в отношении доступности ВОП отмечается в Португалии, Германии, Словакии, Венгрии и Дании. Количественные данные о различиях в числе ВОП между городскими и сельскими районами ограничены, но в некоторых странах существуют особые трудности в предоставлении услуг общей практики в сельских районах и городских трущобах.

Во всех странах, кроме Австрии, Исландии и Испании, число ВОП не соответствует национальным нормам либо в некоторых регионах, либо по всей стране, как в случае Кипра, Мальты, Словении, Финляндии, Турции и Швеции. В Испании были предприняты шаги по обеспечению равноправия в предоставлении услуг, с учетом возраста, проживания в сельской местности и распространенности заболеваний. Нормы по распределению ВОП отсутствуют в Ирландии и Люксембурге. Несколько стран сообщили о том, что в ближайшее время число ВОП будет сокращаться из-за старения трудовых ресурсов; например в Люксембурге треть врачей общей практики достигнет пенсионного возраста в ближайшие 10 лет.

### ***Возможность получения услуг первичной помощи***

Помимо предоставления услуг, доступ зависит от возможности получения услуг первичной помощи в удобное для населения время, а также в случае чрезвычайных ситуаций во внеурочное время. Во всех странах, кроме Бельгии, Германии, Ирландии, Люксембурга, Словакии, Финляндии, Франции,

Таблица 3.1 Доступность услуг первичной помощи, обзор отдельных результатов по странам

Страна	Кол-во ВОП на 100 000 населения <sup>год</sup>	Разница между регионами с самой высокой и самой низкой плотностью ВОП <sup>год</sup> (на 100 000 населения)	НЕХВАТКА ВОП в СООТВЕТСТВИИ С ОБЫЧНЫМИ НОРМАМИ	Обязательный минимум часов работы практик первичной помощи/общего профиля	Среднее число визитов ВОП на дом в неделю <sup>год</sup>	Использование телефонных консультаций в практике ПП	Использование консультаций по эл. почте в практике ПП	Использование системы записи на прием для контакта с пациентами в практике ПП	Наиболее частые способы предоставления ПП в нерабочее время <sup>1</sup>	Оплата пациентами визита к ВОП	Оплата пациентами назначения лекарств	Оплата пациентами визита к специалисту по направлению	Оплата пациентами визита ВОП на дом	% удовлетворенности пациентов ценами и доступностью ПП <sup>год</sup>
Австрия	153,3 <sup>07</sup>	17,0 <sup>08</sup>	Нет	Да	15-	Обычно	Редко/никогда	Редко/никогда	ОНП; Кооперативы ПП	Нет	В отдельных случаях	Нет	Нет	Цена: 92 <sup>07</sup> Доступ: 94 <sup>07</sup>
Бельгия	115,0 <sup>08</sup>	66,4 <sup>08</sup>	Да В некоторых регионах	Нет	37 <sup>05</sup>	(Почти) всегда	Редко/никогда	Обычно	Услуги на базе практики; ОНП	В отдельных случаях	В отдельных случаях	В отдельных случаях	В отдельных случаях	Цена: 86 <sup>07</sup> Доступ: 97 <sup>07</sup>
Болгария	66,8 <sup>06</sup>	50,0-	Да В некоторых регионах	Да	8-	Обычно	Редко/никогда	Иногда	Услуги на базе практики; Кооперативы ПП; Замещающие службы	В отдельных случаях	В отдельных случаях	В отдельных случаях	В отдельных случаях	Цена: 84 <sup>07</sup> Доступ: 82 <sup>07</sup>
Венгрия	65,2 <sup>06</sup>	7,7-	Да В некоторых регионах	Да	6,4-	(Почти) всегда	Редко/никогда	Иногда	Замещающие службы	Нет	В отдельных случаях	Нет	Нет	Цена: 95 <sup>07</sup> Доступ: 88 <sup>07</sup>
Германия	99,2 <sup>06</sup>	12,4 <sup>08</sup>	Да В некоторых регионах	Нет	25 <sup>02</sup>	Обычно	Редко/никогда	Иногда	ОНП; Центры ПП с обслуживанием в нерабочее время	В отдельных случаях	В отдельных случаях	Нет	В отдельных случаях	Цена: 90 <sup>07</sup> Доступ: 94 <sup>07</sup>
Греция	35,5 <sup>05</sup>	-	Да В некоторых регионах	Да	-	Иногда	Редко/никогда	Иногда	Центры ПП с обслуживанием в нерабочее время	Нет	В отдельных случаях	В отдельных случаях	В отдельных случаях	Цена: 57 <sup>07</sup> Доступ: 78 <sup>07</sup>
Дания	74,4 <sup>06</sup>	3,0-	Да В некоторых регионах	Да	2,2 <sup>09</sup>	(Почти) всегда	(Почти) всегда	(Почти) всегда	Кооперативы ПП, ОНП	Нет	В отдельных случаях	Нет	Нет	Цена: 99 <sup>07</sup> Доступ: 82
Ирландия	69,9 <sup>06</sup>	-	Нормы отсутствуют	Нет	-	Обычно	Иногда	(Почти) всегда	ПП; Центры ПП с обслуживанием в нерабочее время	В полном объеме	В полном объеме	В отдельных случаях	В полном объеме	Цена: 67 <sup>07</sup> Доступ: 92 <sup>07</sup>
Исландия	60,0-	-	Нет	Да	1-	(Почти) всегда	Иногда	(Почти) всегда	Кооперативы ПП	В отдельных случаях	В отдельных случаях	В отдельных случаях	В отдельных случаях	Цена: - Доступ: -
Испания	84,0 <sup>07</sup>	-	Нет	Да	-	Обычно	Иногда	(Почти) всегда	Услуги на базе практик	Нет	В отдельных случаях	Нет	Нет	Цена: 93 <sup>07</sup> Доступ: 94 <sup>07</sup>

Италия	79,4 <sup>07</sup>	36,7 <sup>07</sup>	Да В некоторых регионах	Да	-	Обычно	Иногда	Иногда	Услуги на базе практики; Кооперативы ПП; Центры ПП с обслуживанием в нерабочее время; ОНП	Нет	В отдельных случаях	Нет	В отдельных случаях	Цена: 84 <sup>07</sup> Доступ: 83 <sup>07</sup>
Кипр	37,4 <sup>00</sup>	-	Да, очень серьезная по всей стране	Да	0'10	Редко/никогда	Редко/никогда	Иногда	ОНП	Нет	Нет	Нет	В полном объеме	Цена: 61 <sup>07</sup> Доступ: 95 <sup>07</sup>
Латвия	58,0 <sup>08</sup>	-	Да В некоторых регионах	Да	4'09	(Почти) всегда	Редко/никогда	(Почти) всегда	ОНП	В отдельных случаях	В отдельных случаях	В отдельных случаях	В полном объеме	Цена: 95 <sup>07</sup> Доступ: 73
Литва	52,6 <sup>06</sup>	20,0-	Да В некоторых регионах	Да	10 <sup>08</sup>	Иногда	Иногда	Обычно	ОНП	Нет	В отдельных случаях	Нет	Нет	Цена: 90 <sup>07</sup> Доступ: 80 <sup>07</sup>
Люксембург	80,0 <sup>08</sup>	-	Нормы отсутствуют	Нет	10-	Редко/никогда	Редко/никогда	Обычно	ОНП; Центры ПП с обслуживанием в нерабочее время	В отдельных случаях	В отдельных случаях	В отдельных случаях	В отдельных случаях	Цена: 96 <sup>07</sup> Доступ: 89 <sup>07</sup>
Мальта	77,7 <sup>07</sup>	-	Да, умеренная по всей стране	Да	28 <sup>01</sup>	(Почти) всегда	Редко/никогда	-	-	В отдельных случаях	В отдельных случаях	-	-	Цена: 91 <sup>07</sup> Доступ: 96 <sup>07</sup>
Нидерланды	47,0 <sup>07</sup>	16,7 <sup>08</sup>	Да В некоторых регионах	Да	9 <sup>08</sup>	Обычно	Редко/никогда	(Почти) всегда	Кооперативы ПП	Нет	В отдельных случаях	В отдельных случаях	Нет	Цена: 91 <sup>07</sup> Доступ: 92 <sup>07</sup>
Норвегия	47,1 <sup>06</sup>	36,0 <sup>07</sup>	Да В некоторых регионах	Да	0,4 <sup>07</sup>	(Почти) всегда	Иногда	-	Кооперативы ПП; Центры ПП с обслуживанием в нерабочее время	В отдельных случаях	В отдельных случаях	В отдельных случаях	В отдельных случаях	Цена: - Доступ: -
Польша	20,8 <sup>09</sup>	24,3 <sup>09</sup>	Нет нехватки	Да	-	Иногда	Редко/никогда	Обычно	Замещающие службы; Центры ПП с обслуживанием в нерабочее время	Нет	В отдельных случаях	Нет	Нет	Цена: 92 <sup>07</sup> Доступ: 90 <sup>07</sup>
Португалия	62,7 <sup>07</sup>	13,2 <sup>99</sup>	Да В некоторых регионах	Да	0,4 <sup>06</sup>	(Почти) всегда	Иногда	(Почти) всегда	Услуги на базе практик	В отдельных случаях	Нет	В отдельных случаях	В отдельных случаях	Цена: 63 <sup>07</sup> Доступ: 67 <sup>07</sup>
Румыния	80,9 <sup>06</sup>	-	Да В некоторых регионах	Да	5-	Иногда	Редко/никогда	Иногда	Замещающие службы; ОНП	Нет	Нет	Нет	Нет	Цена: 76 <sup>07</sup> Доступ: 77 <sup>07</sup>
Словакия	50,5 <sup>07</sup>	7,3 <sup>07</sup>	Да В некоторых регионах	Нет	9-	Редко/никогда	Редко/никогда	Иногда	Центры ПП с обслуживанием в нерабочее время	Нет	В отдельных случаях	Нет	Нет	Цена: 86 <sup>07</sup> Доступ: 83 <sup>07</sup>
Словения	46,0 <sup>08</sup>	25,5 <sup>07</sup>	Да, очень серьезная по всей стране	-	3-	Обычно	Иногда	(Почти) всегда	Кооперативы ПП	Нет	Нет	Нет	Нет	Цена: - Доступ: 86 <sup>07</sup>

Таблица 3.1 Продолжение

Соединенное Королевство	72,0 <sup>107</sup>	42,9 <sup>105</sup> (Англ.)	Да В некоторых регионах	Да	6 <sup>106</sup>	(Почти) всегда	Иногда	(Почти) всегда	Центры ПП с обслуживанием в нерабочее время; Замещающие службы	Нет	В отдельных случаях	Нет	Нет	Цена: 96 <sup>107</sup> Доступ: 86 <sup>107</sup>
Турция	52,5 <sup>108</sup>	34,0 <sup>108</sup>	Да, очень серьезная по всей стране	Да	1 <sup>107</sup>	Иногда	Редко/никогда	Редко/никогда	Услуги на базе практик	Нет	В отдельных случаях	Нет	Нет	Цена: 71 <sup>107</sup> Доступ: 60 <sup>107</sup>
Финляндия	40,6 <sup>103</sup>	19,0-	Да, умеренная по всей стране	Нет	-	(Почти) всегда	Редко/никогда	(Почти) всегда	Услуги на базе практики; Кооперативы ПП; Замещающие службы; ОНП	В отдельных случаях	В отдельных случаях	В отдельных случаях	В отдельных случаях	Цена: 83 <sup>107</sup> Доступ: 92 <sup>107</sup>
Франция	86,7 <sup>108</sup>	39,5 <sup>107</sup>	Да В некоторых регионах	Нет	13 <sup>108</sup>	(Почти) всегда	Редко/никогда	Обычно	Услуги на базе практики; кооперативы ПП; ОНП	В полном объеме	В отдельных случаях	В полном объеме	В полном объеме	Цена: 92 <sup>107</sup> Доступ: 93 <sup>107</sup>
Чешская Республика	71,0 <sup>107</sup>	-	Да В некоторых регионах	Да	5 (-)	Обычно	Редко/никогда	Иногда	Центры ПП с обслуживанием в нерабочее время	В отдельных случаях	В отдельных случаях	В отдельных случаях	В отдельных случаях	Цена: 95 <sup>107</sup> Доступ: 89 <sup>107</sup>
Швейцария	103,0 <sup>108</sup>	539,0 <sup>109</sup>	Да В некоторых регионах	Нет	-	(Почти) всегда	Редко/никогда	Обычно	Центры ПП с обслуживанием в нерабочее время; ОНП; Услуги на базе практик	В отдельных случаях	В отдельных случаях	В отдельных случаях	В отдельных случаях	Цена: 95 <sup>107</sup> Доступ: -
Швеция	60,2 <sup>106</sup>	80,0 <sup>109</sup>	Да, умеренная по всей стране	Нет	2 <sup>110</sup>	(Почти) всегда	Редко/никогда	Обычно	Кооперативы ПП; Центры ПП с обслуживанием в нерабочее время	В отдельных случаях	В отдельных случаях	В отдельных случаях	В отдельных случаях	Цена: 96 <sup>107</sup> Доступ: 63 <sup>107</sup>
Эстония	62,4 <sup>108</sup>	34,0 <sup>108</sup>	Да В некоторых регионах	Да	2,2-	Иногда	Редко/никогда	Обычно	ОНП	Нет	В отдельных случаях	В отдельных случаях	В отдельных случаях	Цена: 94 <sup>107</sup> Доступ: 89

<sup>1</sup> Услуги на базе практики = ВОП, ведущие одну практику или организованные в группу практик, обслуживают своих пациентов в нерабочее время; кооперативы ПП = ВОП региона из нескольких групп при участии дополнительного персонала предоставляют ПП в нерабочее время, в основном в составе крупных некоммерческих организаций, в том числе проводят сортировку и консультации пациентов по телефону, лично принимают пациентов в офисе или выезжают к ним на дом; замещающие службы (аутсорсинг) = компании, в которых работают врачи, берут на себя обслуживание пациентов в нерабочее время; ER = отделения неотложной помощи в больницах предоставляют ПП в нерабочее время; центры ПП с обслуживанием в нерабочее время = центры, в которых пациентов принимают ВОП или медсестра без предварительной записи

Швеции и Швейцарии, для центров первичной помощи регламентировано минимальное количество часов работы. Однако это минимальное количество часов работы в неделю значительно варьирует, от 20 в Австрии до 52,5 в Соединенном Королевстве. В нескольких странах (например, в Норвегии) минимальное количество часов работы регламентировано на местном уровне, а в других (например, в Италии) оно варьируется в зависимости от количества зарегистрированных пациентов.

Существует множество моделей оказания помощи в нерабочее время (Huibers et al., 2009). Некоторые страны сообщают о нескольких системах, но наиболее распространено предоставление услуг вне практики (включая кооперативы, центры первичной помощи и замещающие службы), затем следует оказание услуг на базе практики (одной или нескольких). Помощь, оказываемая в нерабочее время отделениями неотложной помощи, была признана слабой с точки зрения непрерывности, стоимости, координации и доступности (Huibers et al., 2009). Степень участия этих отделений в оказании помощи в нерабочее время варьируется в разных странах Европы, но примечательно, что на отделениях неотложной помощи Кипра, Латвии, Литвы и Эстонии лежит полная ответственность за оказание первичной помощи в нерабочее время.

### ***Виды взаимодействия с пациентами***

Системы записи на прием могут облегчить доступ или, наоборот, затруднить его, в зависимости от их гибкости и оперативности (Pascoe, Neal & Allgar, 2004). Масштабы использования систем записи на прием варьируется между странами; они редко применяются в Австрии, Болгарии, Венгрии, Германии, Греции, Италии, на Кипре, в Румынии, Словакии, Турции и Чешской Республике.

Визиты на дом в европейских странах также распространены по-разному. Самое большое среднее число визитов ВОП на дом в неделю отмечается в Бельгии (37), на Мальте (28), в Германии (25), Австрии (15) и Франции (13), а самое низкое — в Португалии и Норвегии (меньше 1), Исландии и Турции (1) и на Кипре, где визиты на дом не осуществляются. Хотя некоторые из этих отличий объясняются культурными или демографическими причинами, доступ к обычной первичной помощи явно затруднен для не выходящих из дому и тяжелобольных пациентов в таких странах, как Кипр, где ВОП не вообще не посещают больных на дому, а также в странах с очень низким уровнем визитов на дом.

Доступ к первичной помощи может быть расширен за счет использования других вариантов, помимо традиционного личного консультирования. Обычно предлагаются телефонные консультации, за исключением таких стран, как Греция, Кипр, Литва, Люксембург, Польша, Румыния, Словакия, Турция и Эстония. Консультации по электронной почте часто используются только в Дании и иногда — в Ирландии, Исландии, Испании, Италии, Литве, Норвегии, Португалии, Словении и Соединенном Королевстве.

Удовлетворенность пациентов легкостью доступа к ВОП в 2007 г. была самой низкой в Турции, Швеции, Португалии (60–69%), Латвии, Румынии, Греции (70–79%), Литве, Болгарии, Дании, Италии и Словакии (80–85%) и 90% или выше в Австрии, Бельгии, Германии, Ирландии, Испании, на Кипре, Мальте, в Нидерландах, Польше и Финляндии.

### **Финансовые препятствия к доступу**

Помимо географической и организационной доступности крайне важно, чтобы не было финансовых препятствий к получению услуг первичной помощи. В большинстве стран (16) плата за визит к ВОП не взимается, тогда как в 15 странах приняты дополнительные выплаты. Оплата за визит ВОП на дом более распространена, эта услуга бесплатна только в 12 странах, дополнительно оплачивается в 14 странах и полностью оплачивается в четырех (Ирландия, Кипр, Латвия и Франция). Плата за назначенные лекарства распространена гораздо больше, эта услуга бесплатна только в четырех странах (Кипр, Португалия, Румыния и Словения).

Большинство стран применяют один или несколько из следующих критериев для освобождения от дополнительной платы за услуги первичной помощи: малообеспеченные группы населения (доход, статус занятости, правовой статус), беременные женщины, дети, студенты очной формы обучения, доноры крови, пенсионеры, ветераны войны, группы пациентов с особыми заболеваниями (часто хроническими), зарегистрированные в медицинском центре (только в Бельгии) или при профилактических визитах. В некоторых странах существуют ограничения для дополнительной оплаты за услуги первичной помощи, медикаменты или за всю медицинскую помощь.

Уровень дополнительной оплаты часто зависит от страхового статуса пациента и статуса занятости поставщика первичной помощи. Самые высокие (официальные) платежи в государственной системе приняты в Ирландии, где пациенты, не имеющие медицинской карты (более 60% населения), оплачивают 45–60 евро за каждое посещение ВОП, без возмещения расходов. В Швейцарии не применяется освобождение от оплаты за услуги первичной помощи, так как пациенты имеют налоговые вычеты в размере CHF 300–2500 (225–1875 евро), в зависимости от страхового договора, и оплачивают 10% от стоимости услуг врача до CHF 700 (525 евро) через год после достижения этого лимита. В результате в Швейцарии 66% выплат врачам первичной помощи производится из собственных средств пациентов. Пациенты, которые не могут позволить себе оплачивать медицинские услуги, получают помощь от социальных служб. В децентрализованной стране, такой как Швеция, расходы на медицинское обслуживание в разных регионах разные. Например, дополнительная оплата за визиты к ВОП варьирует от 150 до 300 шведских крон (14,69–29,38 евро). Консультации в нерабочее время стоят дороже. Во Франции наблюдается общая тенденция увеличения платежей из собственных средств пациентов, даже при дополнительном страховании, особенно в отношении первичной помощи. В Венгрии и Румынии врачи используют систему «чаевых», ожидая дополнительных (неофициальных) платежей от своих пациентов. Это означает, что официальная система может значительно отличаться от неофициальной системы. Платежи из собственных средств пациентом в частном секторе Европы также могут быть очень высокими. Например, если в Греции пациент, застрахованный через фонд ОМС, посещает частного (не имеющего контракта) врача, он будет платить за визит по рыночной цене и получит фиксированное возмещение в размере 20 евро, что зачастую по меньшей мере на 50 евро меньше выплаченной суммы.

В следующих странах в 2007 г. отмечен самый низкий уровень удовлет-

воренности пациентов стоимостью услуг общей практики: Греция (57%), Кипр (61%), Португалия (63%), Ирландия (67%), Турция (71%), Румыния (76%), Финляндия (83%), Италия (84%) и Бельгия (86%).

### **Общая доступность первичной помощи**

На рисунке 3.1 показана оценка общего доступа к первичной помощи по странам, с учетом результатов каждой страны по всем показателям доступа (см. систему подсчета баллов в Приложении I).

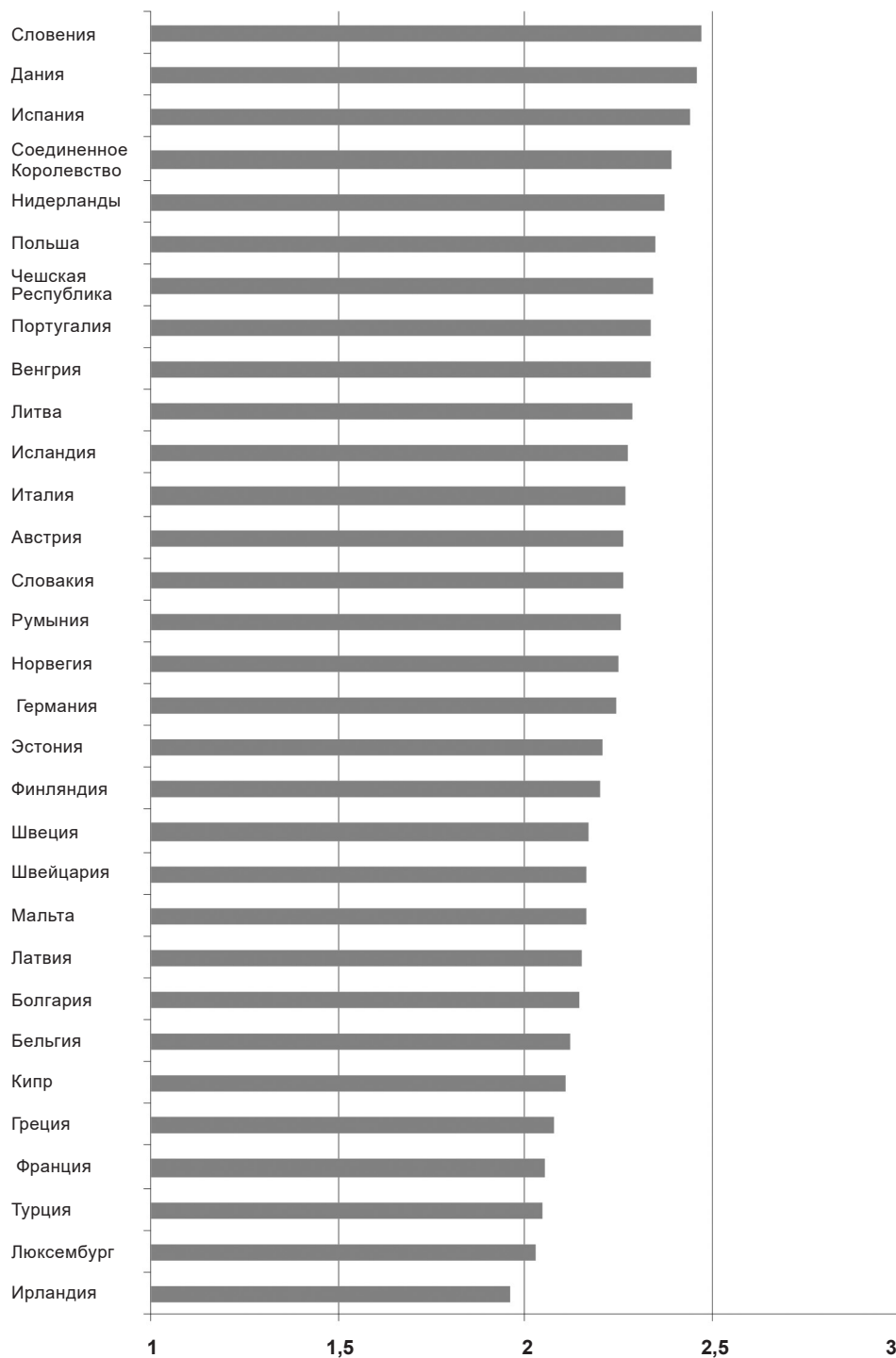
Многие страны испытывали затруднения с отчетностью о неравенстве в отношении географической плотности распределения ВОП. Из 21 страны с доступными данными только в шести отмечен относительно низкий уровень неравенства в географической доступности услуг первичной помощи, а многие страны сообщили о нехватке кадров. Другим важным аспектом, который требует улучшения и состояние которого сильно различается в странах Европы, является облегчение доступа путем визитов на дом, консультаций по электронной почте или использование системы записи на прием. То, как воспринимают пациенты ценовую доступность первичной помощи, по-видимому, является важным аспектом, ограничивающим доступ к первичной помощи в нескольких странах.

Учитывая все характеристики доступа к медицинской помощи, относительно высока доступность первичной помощи в таких странах, как Словения, Дания, Испания, Соединенное Королевство, Нидерланды, Польша, Чешская Республика, Португалия, Венгрия и Литва. Доступность относительно невысока в Ирландии, Люксембурге, Турции, Франции, Греции, на Кипре, в Бельгии, Болгарии, Латвии, на Мальте и в Швейцарии. Все остальные страны характеризуются средним уровнем доступности первичной помощи. Разница между странами, показавшими самые высокие и самые низкие результаты, относительно велика.

### **3.2 Непрерывность и преемственность первичной помощи**

Непрерывность и преемственность оказания помощи состоит из непрерывности взаимодействия и непрерывности ведения (Hill & Freeman, 2011). Непрерывность взаимодействия предполагает, что пациент получает пользу от долгосрочных отношений с поставщиком первичной помощи, которые выходят за рамки конкретных эпизодов плохого самочувствия или заболевания. Некоторые определения также говорят о личной или семейной непрерывности, подчеркивая непрерывность получения помощи пациентом или семьей от одного и того же поставщика. Непрерывность взаимодействия определяется качеством долгосрочных отношений между поставщиками первичной помощи и пациентами с точки зрения соответствия потребностям и предпочтениям пациентов, таких как общение и уважение к пациентам. Непрерывность ведения включает в себя координацию и совместную работу лиц, оказывающих помощь, а также всех задействованных организаций. Также сюда входит организованный сбор медицинской информации на каждого пациента, легко доступной любому медицинскому работнику, оказывающему пациенту помощь. Это может быть достигнуто путем ведения медицинских записей, клинической поддержки и системы направления пациентов. В следующем разделе будут рассмотрены характеристики непрерывного оказания

**Рисунок 3.1** Оценка общего доступа к первичной помощи по странам (шкала 1 (низкая) – 3 (высокая))





первичной помощи в каждой из стран (см. обзор характеристик непрерывного оказания помощи, показателей и дополнительных информационных элементов в Приложении I).

В таблице 3.2 представлен краткий обзор результатов оценки непрерывности оказания первичной помощи в разных странах.

### ***Непрерывность оказания помощи с течением времени***

Непрерывному оказанию первичной помощи способствует наличие у ВОП списка пациентов, за обслуживание которых он несет ответственность, как персональную, так и в составе группы. Такие списки зарегистрированных пациентов являются нормой в большинстве стран Европы и обязательны во всех странах, кроме Австрии, Бельгии, Германии, Ирландии, Кипра, Люксембурга, Мальты, Франции, Швейцарии и Швеции. В некоторых из этих стран регистрация у ВОП обязательна для некоторых пациентов (например, получающих государственное финансирование в Ирландии) или стимулируется финансово (например, путем сокращения дополнительных платежей в Бельгии).

Средний размер группы населения, обслуживаемой ВОП, составляет 1687 пациентов. Больше всего пациентов в среднем обслуживает 1 ВОП в Турции (3687), на Мальте (2500), в Нидерландах (2322) и Словакии (2163); меньше всего — в Люксембурге (500), Бельгии (718), Франции (800), Италии (1094) и Норвегии (1219).

Существует потенциальный компромисс между возможностью выбора и непрерывностью оказания помощи. Пациенты могут свободно регистрироваться в любом центре первичной помощи и у любого ВОП в своем районе во всех странах, кроме Финляндии, Греции и Швеции, где пациентов прикрепляют к центру первичной помощи, и Словении, где пациентов прикрепляют к ВОП. Непрерывность помощи обеспечивается лучше всего, если по поводу распространенных проблем со здоровьем пациенты посещают своего обычного поставщика услуг первичной помощи, а не нескольких поставщиков или медицинских специалистов. Интерпретация результатов по этому аспекту затруднена, поскольку в некоторых национальных наборах данных обычный поставщик — это отдельный врач, тогда как в других — это организация. Степень участия других специалистов (например, фармацевтов и медсестер) в оказании помощи при распространенных проблемах со здоровьем также варьируется между странами. Во всех 23 странах с доступными данными по поводу распространенных проблем со здоровьем пациенты «обычно» консультировались у одного и того же поставщика, хотя этот показатель варьировал от более чем 90% в Чешской Республике и Словакии до менее чем 70% в Австрии и Португалии.

### ***Непрерывность ведения пациентов***

Непрерывность ведения пациентов основана на хороших информационных системах, как в системе первичной помощи, так и между системами первичной и вторичной медицинской помощи. Кабинеты ВОП во всех странах (кроме Латвии, Литвы и Мальты) обычно оснащены компьютером для ведения медицинских записей, управления финансами и назначения лекарств. Только в немногих странах компьютеры также используются для поиска

Таблица 3.2 Непрерывность и преемственность услуг первичной помощи, обзор отдельных результатов по странам

Страна	Использование ВОП листа ожидания пациентов	Средняя численность населения на одного ВОП	% пациентов, посещающих обычного поставщика ПП по поводу распространенных проблем со здоровьем	Наличие компьютера в кабинете ВОП	Предназначение компьютера в общей практике <sup>1</sup>	Использование ВОП направлений к врачам-специалистам	Входящая клиническая информация, процедуры контактов с пациентами в нерабочие часы	Взаимодействие ВОП с врачами-специалистами по вопросам оказания помощи пациенту	Возможность для пациента выбрать центр ПП (ЦПП) и ВОП	% пациентов, удовлетворенных:			
										отношениями со своим ВОП/врачом ПП	временем, отведенным на визит к ВОП/врачу ПП	доверием к своему ВОП/врачу ПП	пояснениями ВОП/врача ПП к назначенному лечению
Австрия	Нет	2000	65	(Почти) всегда	ФИН; ЛЕК; ВЕД	Иногда	Иногда	Иногда	ЦПП: Да ВОП: Да	-	-	-	-
Бельгия	Нет	718	80	Обычно	СЗП; ЛЕК; ВЕД; ИНТ; СПЕ	Обычно	Иногда	Обычно	ЦПП: Да ВОП: Да	85	80	90	85
Болгария	Да	1654	85	(Почти) всегда	ФИН; ЛЕК; ВЕД; ИНТ	(Почти) всегда	Иногда	Обычно	ЦПП: Да ВОП: Да	80	60	70	70
Венгрия	Да	1530	90	(Почти) всегда	ЛЕК; ВЕД	Обычно	Иногда	Обычно	ЦПП: Да ВОП: Да	84	40	80	60
Германия	Нет	2000	95	(Почти) всегда	ФИН; ЛЕК; ВЕД	(Почти) всегда	Обычно	Обычно	ЦПП: Да ВОП: Да	92	90	92	90
Греция	Да	-	-	(Почти) всегда	(Почти) всегда	Редко/никогда	Иногда	-	ЦПП: Нет; прикрепленный ВОП: Да	90	80	99	97
Дания	Да	1583	-	(Почти) всегда	(Почти) всегда	(Почти) всегда	(Почти) всегда	(Почти) всегда	ЦПП: Да ВОП: Да	86	77	-	79
Ирландия	Нет	1680	-	Обычно	Обычно	(Почти) всегда	Обычно	(Почти) всегда	ЦПП: Да ВОП: Да	93	72	93	72
Исландия	Да	1550	85	(Почти) всегда	(Почти) всегда	Обычно	Обычно	Обычно	ЦПП: Да ВОП: Да	-	-	-	-
Испания	Да	1500	72	(Почти) всегда	(Почти) всегда	(Почти) всегда	Обычно	-	ЦПП: Да ВОП: Да	92	90	-	-
Италия	Да	1094	-	Обычно	СЗП; ЛЕК; ВЕД; ИНТ; СПЕ	Редко/никогда	Иногда	Обычно	ЦПП: Да ВОП: Да	-	-	-	-
Кипр	Нет	-	-	Обычно	ФИН; ЛЕК; ВЕД	-	-	-	ЦПП: Да ВОП: Да	90	85	95	90
Латвия	Да	1585	80	Иногда	СЗП; ФИН; ВЕД; ИНТ	(Почти) всегда	Редко/никогда	Обычно	ЦПП: Да ОП: Да	93	79	72	87

Литва	Да	1550	80	Иногда	СЗП; ФИН; ВЕД; ИНТ	(Почти) всегда	Иногда	Обычно	ЦПП: Да ВОП: Да	94	86	59	88
Люксембург	Нет	500-	-	Обычно	ФИН; ЛЕК; ВЕД	Обычно	Редко/ никогда	Обычно	ЦПП: Да ВОП: Да	90	75	80	80
Мальта	Нет	2500	80	Иногда	ФИН	-	Редко/ никогда	Обычно	ЦПП: Да ВОП: Да	-	90	-	91
Нидерланды	Да	2322	71-	(Почти) всегда	ФИН; ЛЕК; ВЕД; ФАР	(Почти) всегда	Иногда	(Почти) всегда	ЦПП: Да ВОП: Да	-	-	-	-
Норвегия	Да	1219	71	(Почти) всегда	ФИН; ЛЕК; ВЕД	(Почти) всегда	Обычно	Обычно	ЦПП: Да ВОП: Да	-	-	-	-
Польша	Да	1539	85	(Почти) всегда	ФИН	(Почти) всегда	Иногда	Обычно	ЦПП: Да ВОП: Да	55	-	-	-
Португалия	Да	1500	67	(Почти) всегда	СЗП; ЛЕК; ВЕД; ИНТ; СПЕ	(Почти) всегда	Иногда	Обычно	ЦПП: Да ВОП: Да	92	-	98	96
Румыния	Да	2000	85	Обычно	ФИН; ВЕД	(Почти) всегда	Иногда	(Почти) всегда	ЦПП: Да ВОП: Да	80	75	75	60
Словакия	Да	2163	98	(Почти) всегда	ФИН; ЛЕК; ВЕД	(Почти) всегда	Обычно	(Почти) всегда	ЦПП: Да ВОП: Да	84	85	90	87
Словения	Да	1789	93	Обычно	ФИН; ВЕД	(Почти) всегда	Иногда	Обычно	ЦПП: Да ВОП: Нет; прикрепленный	81	92	-	49
Соединенное Королевство	Да	1745	77 (Англ.)	(Почти) всегда	СЗП; ФИН; ЛЕК; ВЕД	(Почти) всегда	(Почти) всегда	(Почти) всегда	ЦПП: Да ВОП: Да	85	90	95	79
Турция	Да	3687	78	(Почти) всегда	ВЕД; ИНТ	Иногда	Иногда	Редко/ никогда	ЦПП: Да ВОП: Да	94	86	59	88
Финляндия	Да	1900	-	(Почти) всегда	СЗП; ФИН; ЛЕК; ВЕД; ИНТ; СПЕ; ФАР	(Почти) всегда	Обычно	Обычно	ЦПП: Нет; прикрепленный ВОП: Да	90	75	80	80
Франция	Нет	800	90	(Почти) всегда	ФИН; ЛЕК; ВЕД	(Почти) всегда	Редко/ никогда	Обычно	ЦПП: Да ВОП: Да	-	90	-	91
Чешская Республика	Да	1613	93	(Почти) всегда	ФИН; ЛЕК; ВЕД	Обычно	Обычно	(Почти) всегда	ЦПП: Да ВОП: Да	-	-	-	-
Швейцария	Нет	-	88	Обычно	ФИН; ВЕД; ИНТ	Обычно	(Почти) всегда	(Почти) всегда	ЦПП: Да ВОП: Да	-	-	-	-
Швеция	Нет	-	-	Обычно	ФИН; ЛЕК; ВЕД; ИНТ; ФАР	(Почти) всегда	Иногда	(Почти) всегда	ЦПП: Нет; прикрепленный ВОП: Да	55	-	-	-
Эстония	Да	1596	70	(Почти) всегда	ФИН; ЛЕК; ВЕД	(Почти) всегда	(Почти) всегда	Обычно	ЦПП: Да ВОП: Да	92	-	98	96

экспертной информации в интернете, записи пациентов на прием и общения с медицинскими специалистами или фармацевтами. Наиболее широко компьютеры используются в общей практике в Финляндии и Дании. Направления к врачам-специалистам, как правило, дают все ВОП в Европе, за исключением Австрии, Греции, Италии и Турции (данных по Кипру и Мальте нет). В большинстве стран (18) для получения пациентами информации по обращениям в нерабочее время требуется более 24 часов.

### ***Непрерывность отношений***

В среднем 85% пациентов в Европе удовлетворены своими отношениями с врачом первичной помощи и доверяют ему. Удовлетворенность отношениями между врачом и пациентом наиболее низкая в Швеции (55%), Литве (70%) и Нидерландах (70%); и меньше всего пациенты доверяют своему врачу первичной помощи в Турции (59%), Литве (60%), Болгарии (70%) и Латвии (72%). В среднем только 79% пациентов в Европе были удовлетворены пояснениями, данными их поставщиками первичной помощи относительно заболеваний, процедур и лечения. Этот показатель ниже всего в Словении (49%), Венгрии (60%), Литве (60%) и Румынии (60%).

### ***Общая оценка непрерывности первичной помощи по странам***

На рис. 3.2 показан общий результат оценки непрерывности первичной помощи по странам (см. систему оценки в Приложении II). Различия между странами оказались очень малы. Более низкие результаты показали только Турция, Мальта и Австрия. Разница между остальными странами незначительна.

В странах с большой нагрузкой на ВОП непрерывность отношений может быть улучшена путем ограничения средней численностью населения, обслуживаемого одним ВОП. Это уменьшит рабочую нагрузку и даст возможность наладить качественные отношения с пациентами. Удовлетворенность пациентов несколькими аспектами своих взаимоотношений с врачом (например, продолжительностью консультаций) может быть улучшена во многих странах.

### **3.3 Координация первичной помощи**

Врачи первичной помощи могут многое сделать для координации медицинского обслуживания своих пациентов, включая координацию в рамках первичной помощи, координацию участия медицинских специалистов и координацию с общественным здравоохранением для решения более широкого круга задач в области общественного здравоохранения. Отсутствие координации при оказании специализированной помощи может привести к ненужным затратам, дублированию услуг и более высокому риску медицинских ошибок. В следующем разделе будут рассмотрены важные особенности координации первичной помощи в каждой из стран (см. обзор характеристик и показателей координации оказания помощи в Приложении I).

В таблице 3.3 представлен обзор отдельных результатов оценки координации первичной помощи в разных странах.

### ***Диспетчерская система направления пациентов к специалистам***

**Рисунок 3.2** Оценка общей непрерывности услуг первичной помощи по странам (шкала 1 (низкая) – 3 (высокая))

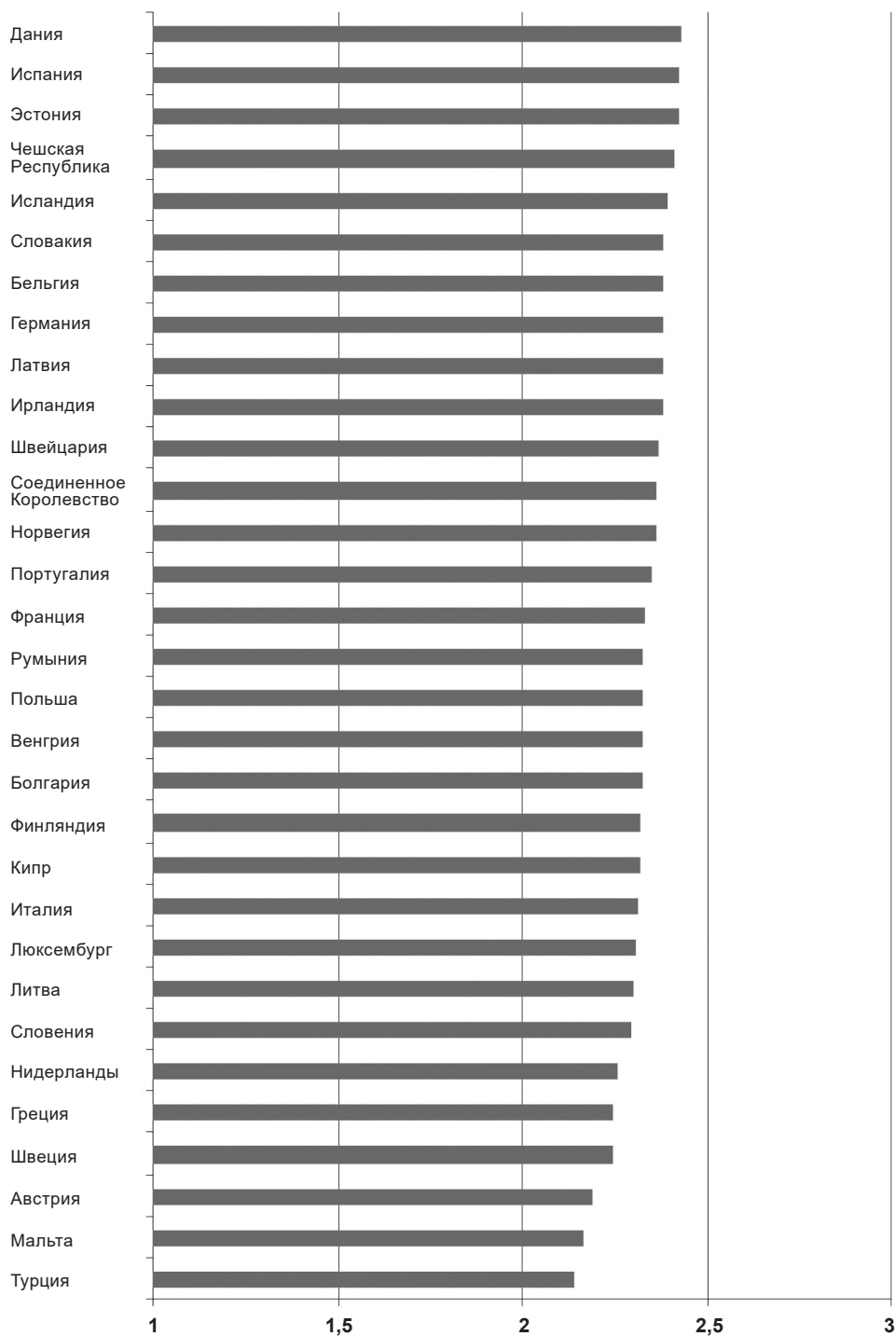


Таблица 3.3 Координация услуг первичной помощи, обзор отдельных результатов по странам

Страна	Система направления к специалистам											
	Пациенты имеют прямой доступ к	ПАЦИЕНТАМ НУЖНО НАПРАВЛЕНИЕ для доступа к <sup>1</sup>	Пациенты имеют прямой доступ, если расходы оплачиваются в частном порядке	Существует диспетчерская система направления пациентов к специалистам	% индивидуальных врачебных практик	% групп ВОП или смешанных практик ВОП и врачей-специалистов	ВОП регулярно лично встречаются с <sup>1,2</sup>	В рамках ПП распространены отдельные медицинские подразделения с высокой светимостью в области охраны здоровья <sup>3</sup>	Распространены различные формы сотрудничества между ВОП/ПП и медицинскими специалистами	ВОП регулярно консультируются по телефону со специалистами <sup>15</sup>	Использование клинических записей пациентов для определения приоритетов политики в области здравоохранения	Использование опросных медицинских исследований для повышения качества ПП на базе сообществ
Австрия	ТЕР; ОФТ; ЛОР; КАР; ХИР; МСПП; МСД; ФЗТ; АК; ТРУД; ЛОГ	-	АК/ГИН; ПЕД; НЕВ; МСС; СТОМ	Нет	95	Группы: 5 Смешанные практики: 0	Нет	ДК: Нет ПД: Нет	Нет	Нет	Редко/никогда	Периодически, на региональном местном уровне
Бельгия	АК/ГИН; ПЕД; ТЕР; ОФТ; ЛОР; КАР; НЕВ; ХИР; МСПП; АК; СТОМ	-	МСС; МСД; ФЗТ; ТРУД; ЛОГ	Нет	76	Группы: 24 Смешанные практики: 0	ВОП; МСПП; ПМ; МСД; ФМС	ДК: Нет ПД: Нет	КЗ	ТЕР; НЕВ; ДЕР; ГЕР	Редко/никогда	Регулярно, по всей стране
Болгария	СТОМ	АК/ГИН; ПЕД; ТЕР; ОФТ; ЛОР; КАР; НЕВ; ХИР; ФЗТ; ТРУД; ЛОГ	МСПП; МСС; МСД	Да	95	Группы: 5 Смешанные практики: 0	МСПП	ДК: Нет ПД: Нет	Нет	Нет	Редко/никогда	Периодически, на региональном/ местном уровне
Венгрия	АК/ГИН; ПЕД; ОФТ; ЛОР; ХИР; МСПП; АК; СТОМ	ТЕР; КАР; НЕВ; МСС; МСД; ФЗТ; ТРУД; ЛОГ	-	Да, частично	95	Группы: 4 Смешанные практики: 1	ВОП; МСПП; МСД	ДК: Нет ПД: Нет	Нет	Нет	Редко/никогда	Периодически, на региональном/ местном уровне
Германия	АК/ГИН; ПЕД; ТЕР; ОФТ; ЛОР; КАР; НЕВ; ХИР; МСПП; АК; СТОМ	МСС	МСД; ФЗТ; ТРУД; ЛОГ	Нет	62	Группы: 29 Смешанные практики: 9	МСПП	ДК: Нет ПД: Нет	Нет	Нет	Редко/никогда	Периодически, на региональном/местном уровне
Греция	-	МСД; ФЗТ; АК; ТРУД; ЛОГ; СТОМ	АК/ГИН; ПЕД; ТЕР; ОФТ; ЛОР; КАР; НЕВ; ХИР; МСПП; МСС	Нет, но есть финансовые стимулы	40	Группы: 40 Смешанные практики: 20	ВОП; МСПП; ПМ АК; ФЗТ; ФМС; СР; РМС	ДК: - ПД: -	-	-	Периодически	Периодически, на региональном/ местном уровне
Дания	ОФТ; ЛОР; СТОМ	МСПП; МСС; МСД; АК; ТРУД; ЛОГ	АК/ГИН; ПЕД; ТЕР; КАР; НЕВ; ХИР; ФЗТ	Нет, но есть финансовые стимулы	36	Группы: 64 Смешанные практики: 0	ВОП; МСПП	ДК: - ПД: -	-	-	Периодически	Периодически, на региональном/ местном уровне

Ирландия	МСПП; МСД; ФЗТ; АК; ТРУД; ЛОГ	МСС	АК/ГИН; ПЕД; ТЕР; ОФТ; ЛОР; КАР; НЕВ; ХИР; СТОМ	Нет, но есть финансовые стимулы	30	Группы: 70	ДК: Да	ПД: Да	КЗ	Нет	Пери- одиче- ски	Периодически, по всей стране
Исландия	МСПП; МСС; МСД; ФЗТ; АК; ТРУД; ЛОГ; СТОМ	-	АК/ГИН; ПЕД; ТЕР; ОФТ; ЛОР; КАР; НЕВ; ХИР	Нет, но есть финансовые стимулы	15	Группы: 85 Смешанные практики: 0	ВОП; МСПП; ПМ; АК; СР	ДК: - ПД: -	Нет	Нет	Пери- одиче- ски	Периодически, на региональном/ местном уровне
Испания	АК/ГИН; ПЕД; МСПП; МСД; АК; СТОМ	ТЕР; ОФТ; ЛОР; КАР; НЕВ; ХИР; МСС; ФЗТ; ТРУД; ЛОГ	-	Да	0	Группы: 97 Смешанные практики: 3	ВОП; МСПП	ДК: Нет ПД: Да	ВСПП	ПЕД; ГИН	На регу- лярной основе	Регулярно, по всей стране
Италия	ПЕД; МСПП; АК	ТЕР; ОФТ; ЛОР; КАР; НЕВ; ХИР; МСС; МСД; ТРУД; ЛОГ	АК/ГИН; ФЗТ; СТОМ	Да	78	Группы: 22 Смешанные практики: 0	ВОП; МСПП; ПМ; МСД; СР; РМС	ДК: Нет ПД: Нет	КЗ	ТЕР; ГЕР	Пери- одиче- ски	Периодически, на региональном/ местном уровне
Кипр	АК/ГИН; ПЕД; ТЕР; ОФТ; ЛОР; КАР; НЕВ; ХИР; МСПП; МСС; МСД; СТОМ	ФЗТ; АК; ТРУД; ЛОГ	-	Нет	20	Группы: 60 Смешанные практики: 20	МСПП; ПМ; ФМС	ДК: Нет ПД: Нет	Нет	ТЕР; ХИР; НЕВ; ДЕР	Редко/ никог- да	Периодически, на региональном/ местном уровне
Латвия	АК/ГИН; ПЕД; ОФТ; МСПП; АК	ТЕР; ЛОР; КАР; НЕВ; ХИР; МСС; МСД; ФЗТ; ТРУД; ЛОГ	СТОМ	Да, частично	92	Группы: 0 Смешанные практики: 8	ВОП; МСПП; ПМ	ДК: Нет ПД: Нет	КЗ	НЕВ	Редко/ никог- да	Периодически, по всей стране
Литва	СТОМ	АК/ГИН; ПЕД; ТЕР; ОФТ; ЛОР; КАР; НЕВ; ХИР; МСПП; МСС; МСД; ФЗТ; АК; ТРУД; ЛОГ	-	Да	5	Группы: 15 Смешанные практики: 80	ВОП; МСПП; ПМ; МСД	ДК: Нет ПД: Да	ВСПП	ПЕД; ТЕР; ГИН; ХИР; НЕВ; ДЕР; ГЕР	На регу- лярной основе	Периодически, по всей стране
Люксембург	АК/ГИН; ПЕД; ТЕР; ОФТ; ЛОР; КАР; НЕВ; ХИР; СТОМ	МСПП; МСС; ФЗТ; АК; ТРУД; ЛОГ	МСД	Нет	70	Группы: 30 Смешанные практики: 0	МСД; ФЗТ; СР	ДК: Нет ПД: Нет	КЗ	ТЕР; ХИР; НЕВ	Редко/ никог- да	Нет
Мальта	МСПП; АК; СТОМ	МСС; МСД; ФЗТ	АК/ГИН; ПЕД; ТЕР; ОФТ; ЛОР; КАР; НЕВ; ХИР; ТРУД; ЛОГ	Нет, но есть финансовые стимулы	70	Группы: 10 Смешанные практики: 20	Нет	ДК: Нет ПД: Да	КЗ	Нет	Редко/ никог- да	Периодически, на региональном/ местном уровне
Нидерланды	МСПП; МСС; МСД; ФЗТ; АК; ТРУД; СТОМ	АК/ГИН; ПЕД; ТЕР; ОФТ; ЛОР; КАР; НЕВ; ХИР; ЛОГ	-	Да	42	Группы: 58 Смешанные практики: 0	ВОП; МСПП; ПМ; МСД; ФЗТ; ФМС; СР; РМС	ДК: Да ПД: Да	КЗ	ПЕД; ТЕР; ГИН; ХИР; НЕВ; ДЕР; ГЕР	На регу- лярной основе	Регулярно, по всей стране
Норвегия	МСПП; МСС; МСД; АК; ТРУД; СТОМ	АК/ГИН; ПЕД; ТЕР; ОФТ; ЛОР; КАР; НЕВ; ХИР; ФЗТ; ЛОГ	-	Да	-	Группы: - Смешанные практики: -	Нет	ДК: Нет ПД: Нет	Нет	ПЕД; ТЕР; ГИН; ХИР; НЕВ; ДЕР; ГЕР	Пери- одиче- ски	Периодически, на региональном/ местном уровне

Таблица 3.3 Продолжение

Страна	Система направления к специалистам												
	Пациенты имеют прямой доступ к	ПАЦИЕНТАМ НУЖНО НАПРАВЛЕНИЕ для доступа к <sup>1</sup>	Пациенты имеют прямой доступ, если расходы оплачиваются в частном порядке	Существует диспетчерская система направления пациентов к специалистам	% индивидуальных врачебных практик	% групп ВОП или смешанных практик ВОП и врачей-специалистов	ВОП регулярно лично встречаются с <sup>1,2</sup>	В рамках ПП распространены следующие модели предоставления первичной медицинской помощи: светительской деятельности в области охраны здоровья <sup>3</sup>	Распространены различные формы сотрудничества между ВОП/ПП и медицинскими специалистами	ВОП регулярно консультируются по телефону со специалистами <sup>1,3</sup>	Использование клинических записей пациентов для определения приоритетов политики в области здравоохранения	Использование опросных медицинских исследований для повышения качества ПП на базе сообществ	
Польша	АК/ГИН; ОФТ; МСПП; АК; СТОМ	МСС; МСД	ПЕД; ТЕР; ЛОР; КАР; НЕВ; ХИР; ФЗТ; ТРУД; ЛОГ	Нет, но есть финансовые стимулы	6	Группы: 94 Смешанные практики: 0	ВОП; МСПП; ПМ; АК	ДК: Нет ПД: Да	КЗ	Нет	Редко/никогда	Периодически, по всей стране	
Португалия	МСПП	АК/ГИН; ПЕД; ТЕР; ОФТ; КАР; НЕВ; ХИР; МСС; МСД; ФЗТ; АК; ТРУД; ЛОГ; СТОМ	-	Да	0	Группы: 100 Смешанные практики: 0	ВОП; МСПП	ДК: Нет ПД: Да	Нет	Нет	На регулярной основе	Регулярно, на региональном/местном уровне	
Румыния	-	АК/ГИН; ТЕР; ОФТ; ЛОР; КАР; НЕВ; ХИР	МСПП	Да	67	Группы: 26 Смешанные практики: 7	ВОП; МСПП	ДК: Нет ПД: Да	Нет	-	На регулярной основе	Регулярно, по всей стране	
Словакия	АК/ГИН; ПЕД; ОФТ; СТОМ	-	ТЕР; ЛОР; КАР; НЕВ; ХИР; МСД; ФЗТ; ТРУД; ЛОГ	Нет, но есть финансовые стимулы	100	Группы: 0 Смешанные практики: 0	Нет	ДК: Нет ПД: Нет	Нет	Нет	Редко/никогда	Периодически, на региональном/местном уровне	
Словения	АК/ГИН; ПЕД; МСПП; МСД; СТОМ	ТЕР; ОФТ; ЛОР; КАР; НЕВ; ХИР; ФЗТ; ТРУД; ЛОГ	-	Да	20	Группы: 60 Смешанные практики: 20	ВОП; МСПП; ПМ; МСД; АК; ФЗТ	ДК: Нет ПД: Да	КЗ	Нет	На регулярной основе	-	
Соединенное Королевство	МСПП; АК; СТОМ	АК/ГИН; ПЕД; ТЕР; ОФТ; ЛОР; КАР; НЕВ; ХИР; МСС; МСД; ФЗТ; ТРУД; ЛОГ	-	Да	21	Группы: 78 Смешанные практики: 1	ВОП; МСПП; ПМ; МСД; АК	ДК: Да ПД: Нет	КЗ	Нет	На регулярной основе	Регулярно, по всей стране	
Турция	АК/ГИН; ПЕД; ТЕР; ОФТ; ЛОР; КАР; НЕВ; ХИР; МСПП; МСС; МСД; ФЗТ; АК; ТРУД; ЛОГ; СТОМ	-	-	Нет	4	Группы: 96 Смешанные практики: 0	ВОП; МСПП	ДК: Да ПД: Да	Нет	Нет	На регулярной основе	Периодически, на региональном/местном уровне	



Финляндия	МСПП; МСС; МСД; АК; СТОМ	ТРУД; ЛОГ	АК/ГИН; ПЕД; ТЕР; ОФТ; ЛОР; КАР; НЕВ; ХИР; ФЗТ	Нет, но есть финансовые стимулы	1	Группы: 98 Смешанные практики: 1	ВОП; МСПП; ПМ	ДК: Нет ПД: Да	КЗ	Нет	Перио- дически	Периодически, на региональ- ном/ местном уровне
Франция	АК/ГИН; ПЕД; ОФТ; АК; СТОМ	ТЕР; ТРУД	ЛОР; КАР; НЕВ; ХИР; ФЗТ; ЛОГ	Нет, но есть финансовые стимулы	46	Группы: 54 Смешанные практики: 0	Нет	ДК: Нет ПД: Нет	КЗ	ХИР	Редко/ никогда	Периодически, на региональ- ном/ местном уровне
Чешская Республика	АК/ГИН; ПЕД; ОФТ; КАР; МСПП; ФЗТ	МСС; МСД; СТОМ	ТЕР; ЛОР; НЕВ; ХИР; ТРУД; ЛОГ	Нет, но есть финансовые стимулы	95	Группы: 4 Смешанные практики: 1	ВОП; МСПП; ПМ; МСД; ФМС	ДК: Нет ПД: Нет	КЗ	ПЕД; ТЕР	Редко/ никогда	Периодически, на региональ- ном/ местном уровне
Швейцария	АК/ГИН; ПЕД; ТЕР; ОФТ; ЛОР; КАР; НЕВ; ХИР; МСПП; АК; ТРУД; ЛОГ	МСС; МСД	ФЗТ; СТОМ	Нет	63	Группы: 37 Смешанные практики: 0	ВОП; МСД	ДК: Нет ПД: Нет	КЗ	ТЕР; ХИР; НЕВ; ДЕР	Редко/ никогда	Регулярно, по всей стране
Швеция	АК/ГИН; ПЕД; МСПП; МСС; МСД; ФЗТ; АК; ТРУД; ЛОГ; СТОМ	ТЕР; ОФТ; ЛОР; КАР; НЕВ; ХИР	-	Да, частично	3	Группы: 97 Смешанные практики: 0	ВОП; МСПП; ПМ; МСД; АК; ФЗТ; СР; РМС	ДК: Да ПД: Да	ВСПП; СК; КЗ	ПЕД; ТЕР; ГИН; ХИР; ДЕР; ГЕР	На регу- лярной основе	Регулярно, по всей стране
Эстония	АК/ГИН; ОФТ; МСПП; АК; ТРУД	ПЕД; ТЕР; ЛОР; КАР; НЕВ; ХИР; МСС; МСД; ФЗТ; ЛОГ	-	Да	77	Группы: 23 Смешанные практики: 0	ВОП; МСПП	ДК: Нет ПД: Нет	КЗ	Нет	На регу- лярной основе	Регулярно, по всей стране

<sup>1</sup> ВОП/СВ = Врач общей практики/семейный врач; АК/ГИН = Акушер/гинеколог; ПЕД = Педиатр; ТЕР = Терапевт; ОФТ = Офтальмолог; ЛОР = Отоларинголог; КАР = Кардиолог; НЕВ = Невропатолог; ХИР = Хирург; МСПП = Медсестра первичной помощи/общей практики; МСС = Медсестра специализированная; МСД = Медсестра по уходу на дому; ФЗТ = Физиотерапевт (амбулаторный); АК = Акушерка (амбулаторная); ТРУД = Трудотерапевт; ЛОГ = Логопед; СТОМ = Стоматолог

<sup>2</sup> ПМ = Практикующая медсестра; ФМС = Фармацевт в местном сообществе; СР = Социальный работник; РМС = Работник местной службы охраны психического здоровья.

<sup>3</sup> ДК = Ведение медсестрами диабетических клиник; ПД = Ведение медсестрами просветительской деятельности в области охраны здоровья.

<sup>4</sup> ВСПП = Врачи-специалисты, посещающие практику ПП для предоставления специализированной помощи, обычно оказываемой в стационаре (замещающая специализированная помощь); СК = Врач-специалист, посещающий практику ПП для оказания совместной помощи с ВОП (совместная консультация); КЗ = Клинические занятия с ВОП, проводимые врачом-специалистом. <sup>5</sup> ДЕР = Дерматолог; ГЕР = Гериатр.

Одним из способов скоординированного оказания помощи является предоставление пациентам доступа к специалистам только по направлению от ВОП, выполняющего так называемую «диспетчерскую» функцию. Между выполнением ВОП диспетчерской функции в полном объеме и отсутствием таковой можно выделить еще две модели. Соответственно, в странах Европы действуют следующие четыре варианта:

1. Диспетчерская система направления пациентов к специалистам отсутствует. Пациенты, за небольшим исключением, имеют прямой доступ к большинству врачей (Австрия, Бельгия, Германия, Кипр, Люксембург, Турция, Швейцария).
2. Официально диспетчерской системы не существует, но применяется финансовое стимулирование. Возможен прямой доступ к большинству врачей, если оплата за визит производится в частном порядке (Дания, Ирландия, Исландия, Мальта, Словакия, Финляндия, Франция, Чешская Республика).
3. Диспетчерская система функционирует частично. Пациентам нужны направления только к отдельным специалистам (Венгрия, Латвия, Польша, Швеция).
4. Диспетчерская система функционирует полностью. Как правило, для доступа к большинству врачей-специалистов необходимо направление (Болгария, Испания, Италия, Литва, Нидерланды, Норвегия, Португалия, Румыния, Словения, Соединенное Королевство, Эстония).

### **Сочетание профессиональных навыков у поставщиков услуг первичной помощи**

Организация первичной медико-санитарной помощи может способствовать или препятствовать координации как в рамках первичной помощи, так и между системами первичной и вторичной медицинской помощи. Первичная помощь может быть организована в виде индивидуальных или групповых практик, либо более крупных групп, включающих специалистов первичной и вторичной помощи. В странах, где ответственность за первичную помощь централизована, больше распространены индивидуальные практики, чем при децентрализованных системах первичной помощи. В Австрии, Болгарии, Венгрии, Латвии, Словакии и Чешской Республике подавляющее большинство практик первичной помощи являются индивидуальными. Почти в половине стран первичную помощь оказывают преимущественно индивидуальные практики. Обратная ситуация в Испании, Литве, Польше, Португалии, Турции, Финляндии и Швеции, где почти все ВОП работают в группах или в составе смешанных практик. Смешанная практика в составе ВОП и врачей-специалистов принята в Германии (9%), Греции (20%), на Кипре (20%), в Латвии (8%), Литве (80%), на Мальте (20%), в Румынии (7%) и Словении (20%). Она встречается в 1% случаев или менее в Венгрии, Испании, Соединенном Королевстве, Финляндии и Чешской Республике. В отличие от ВОП, ведущих индивидуальную практику, ВОП в составе групповой или смешанной практики чаще встречаются с другими поставщиками первичной помощи и могут предложить специальные консультации или кли-

ники для конкретных групп пациентов, облегчая тем самым координацию оказания помощи.

Функции медсестер в сфере первичной помощи в большинстве стран ограничены. Только в 12 странах медсестры осуществляют просвещение в вопросах здоровья в рамках первичной помощи, а диабетические клиники под руководством медсестер распространены еще меньше (только в пяти странах). Оба вида услуг, предоставляемых медсестрами, практикуются только в Дании, Нидерландах, Соединенном Королевстве, Швеции и Турции.

### ***Сотрудничество между системами первичной и вторичной помощи и общественного здравоохранения***

Сотрудничество между поставщиками услуг первичной помощи и врачами-специалистами очень ограничено в Австрии, Болгарии, Венгрии, Германии, Ирландии, Исландии, Кипре, Норвегии, Португалии, Румынии, Словакии и Турции. Подобная ситуация может быть вызвана взаимной конкуренцией, когда врачи-специалисты также работают в сфере первичной помощи, как, например, в Германии. В других странах наиболее распространена такая модель сотрудничества, как проведение врачами-специалистами клинических занятий для ВОП. Наиболее обширные формы сотрудничества существуют в Швеции (включая релокацию врачей-специалистов, совместные консультации и клинические занятия). В большинстве стран ВОП не консультируются по телефону с медицинскими специалистами на регулярной основе (только в 13 странах).

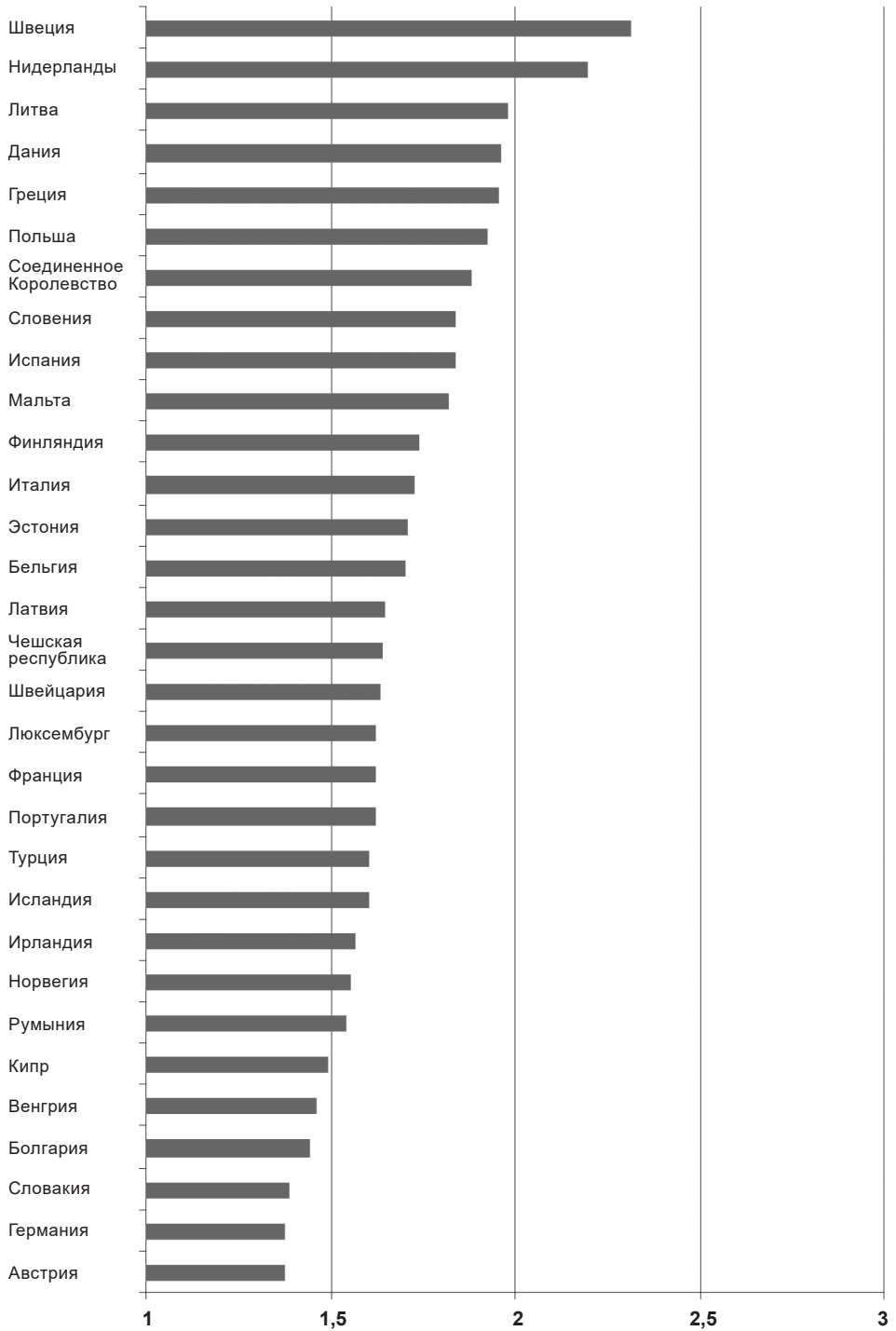
Также в большинстве стран неразвита координация между первичной помощью и общественным здравоохранением. Только в 10 странах данные первичной помощи постоянно используются для определения приоритетов политики в области здравоохранения. Тем не менее, исследования в области общественного здравоохранения по повышению качества первичной помощи проводятся во всех странах, за исключением Люксембурга. Кроме того, регулярные общенациональные исследования проводятся в Бельгии, Испании, Нидерландах, Румынии, Соединенном Королевстве, Швейцарии, Швеции и Эстонии.

### ***Общая координация первичной помощи по странам***

На рисунке 3.3 обобщены все показатели координации первичной помощи по странам (см. систему оценки в Приложении II). По сравнению с другими аспектами оказания услуг, результат оценки координации в целом достаточно низкий. Кроме того, различия между странами оказались значительно больше, чем по другим аспектам. Особенно снижали полученные результаты показатели сотрудничества между системами первичной и вторичной помощи, а также уровень профессиональных навыков и их сочетаний в практике первичной помощи. В настоящее время в общей практике по-прежнему преобладает индивидуальная, хотя во многих странах распространяется групповая практика. Индивидуальная практика обладает ограниченными возможностями в отношении оказания комплексной помощи.

На рисунке 3.3 показано, что, с учетом всех показателей координации, Швеция, Нидерланды, Литва, Дания, Греция, Польша, Соединенное Королевство, Словения, Испания и Мальта имеют самый высокий уровень

**Рисунок 3.3** Оценка общей координации услуг первичной помощи по странам (шкала 1 (низкая) – 3 (высокая))



координации помощи. Самый низкий уровень координации в Австрии, Германии, Словакии, Болгарии, Венгрии, на Кипре, в Румынии, Норвегии, Ирландии, Исландии и Турции. Все остальные страны характеризуются средним уровнем координации оказания помощи.

### 3.4 Комплексный характер услуг в сфере первичной помощи

Чем шире спектр услуг, предлагаемых пациентам в сфере первичной помощи, тем меньше зависимость от услуг вторичной помощи и тем крепче система первичной помощи. Возможности предоставления услуг связаны с наличием медицинского оборудования в практике первичной помощи.

Спектр предлагаемых услуг включает следующие виды обслуживания: первая помощь и сортировка пациентов; диагностические услуги, лечение и последующее наблюдение; медицинские технические процедуры; профилактика и здоровый образ жизни; охрана здоровья матери и ребенка и охрана репродуктивного здоровья.

В этом разделе рассматриваются ключевые характеристики комплексного оказания первичной помощи в каждой из стран (см. обзор характеристик и показателей в Приложении I).

В таблице 3.4 представлен краткий обзор результатов оценки комплексного оказания первичной помощи в разных странах.

Учреждения первичной медицинской помощи в Европе, как правило, хорошо оснащены, хотя в Австрии, Венгрии, Италии, Люксембурге, Мальте, Польше, Румынии, Словакии и Словении не всегда есть в наличии гинекологические зеркала, пневмотахометры, электрокардиографы, тест-полоски для анализа мочи, инструменты для зашивания ран или детские весы. В Болгарии, Дании, Венгрии, Норвегии, Польше, Португалии, Финляндии, Франции и Швеции в рамках первичной помощи предоставляется наибольший спектр услуг для пациентов (например, оказывается помощь детям с сильным кашлем, решаются вопросы контрацепции, алкогольной зависимости).

В странах с преобладанием индивидуальных практик ВОП часто предоставляют лечение и последующий уход по поводу более широкого спектра проблем со здоровьем, хотя это может быть следствием демографии; например, в отдаленных районах ВОП чаще работают в одиночку и предлагают более полный спектр услуг. Другими часто посещаемыми поставщиками специализированных услуг по лечению и последующему уходу являются кардиологи, ревматологи, гастроэнтерологи, психиатры, пульмонологи, онкологи, терапевты, эндокринологи, диabetологи и гериатры. В целом в Дании, Исландии, Испании, Нидерландах, Норвегии, Португалии, Финляндии и Эстонии ВОП обслуживают более 90% своих пациентов сами, не направляя их к узким специалистам.

Технические медицинские процедуры чаще всего выполняют ВОП и медсестры первичной помощи в Бельгии, Нидерландах, Норвегии, Швеции и Финляндии. Также типичные медицинские процедуры первичной помощи часто выполняют хирурги, офтальмологи, гинекологи, дерматологи, ортопеды, ревматологи, работники неотложной помощи, терапевты и медсестры.

Таблица 3.4 Комплексный характер услуг первичной помощи, обзор отдельных результатов по странам

Страна	Оснащенность учреждений ПП (9 элементов) <sup>1</sup>	Участие ВОП в оказании первой помощи (10 проблем со здоровьем) <sup>2</sup>	Другие специалисты, участвующие в оказании первой помощи (10 проблем со здоровьем) <sup>3</sup>	Участие ВОП в лечении и последующем уходе (9 заболеваний) <sup>4</sup>	Участие других специалистов в лечении и последующем уходе (9 заболеваний) <sup>5</sup>	% от общего числа ПАЦИЕНТОВ, ОБСЛУЖИВАЕМЫХ ВОП САМОСТОЯТЕЛЬНО, БЕЗ НАПРАВЛЕНИЯ К СПЕЦИАЛИСТАМ	Участие ВОП или медсестры ПП в технических медицинских процедурах (10 процедур) <sup>5</sup>	Другие специалисты, выполняющие технические медицинские процедуры	Участие ВОП в профилактике заболеваний <sup>6</sup> (11 мероприятий)	Другие специалисты, осуществляющие профилактику <sup>3</sup>	Участие ВОП в индивидуальном консультировании по вопросам здоровья (4 случая) <sup>7</sup>	Другие специалисты, осуществляющие консультирование <sup>3</sup>	ВОП обычно участвуют в групповой просветительской работе по вопросам здоровья	Общий уровень комплексного оказания услуг в рамках ПП <sup>8</sup>
Австрия	7/9	1/10	ГИН; ПЕД; ПСТ	9/9	ТЕР; ПСТ	70	0/10	ГИН; ТЕР; ОФТ; ОРТ; ХИР	4/11	ГИН; ТЕР; ПЕД	4/4	ТЕР; ПСТ	Нет, периодически	Н
Бельгия	9/9	7/10	ГИН; НЕВ; ЛОР; ПЕД; ПСЛ; ПСТ	9/9	КАР; ЭНД; ГАС; ГЕР; МС; ОНК; ПСТ; ПУЛ; РЕВ	-	6/10	АНЕ; ДЕР; ГИН; ОФТ; ОРТ; ФИЗ; ХИР	8/11	КАР; ГИН; ТЕР; АКУ; ТРУД; ПЕД; ШМС	4/4	ДИЕТ; МС; МСПП; ФЗТ; ПСЛ; ПСТ	Нет, периодически	С
Болгария	9/9	10/10	ЛОР; ГИН; НЕВ; ПСТ; ХИР	9/9	КАР; ЭНД; ГАС; НЕВ; РСТ; ПУЛ; РЕВ	87	4/10	ДЕР; МС; ОФТ; ХИР	7/11	АЛЛ; КАР; ДЕР; ГИН; ИНФ; ПЕД; ХИР	4/4	ЭНД; ПСТ; ПУЛ	Да	В
Венгрия	7/9	3/10	ОНП; ЛОР; ГИН; НЕВ; ПЕД; ПСЛ; ПСТ; ПУЛ; ХИР	9/9	КАР; ДИА; ГАС; ГЕР; ТЕР; ОНК; ПСТ; ПУЛ; РЕВ	80	1/10	ОНП; ГИН; ОФТ; ОРТ; РЕВ; ХИР	5/11	ДЕР; ОНП; ГИН; ТЕР; ВЕН	4/4	ДИА; ДИЕТ; ТЕР; МСС; ПСТ; ПУЛ	Нет	С
Германия	8/9	3/10	ЛОР; ГИН; НЕВ; ПЕД; ПСЛ; ПСТ	8/9	КАР; ДИА; ГАС; НЕВ; ОНК; ПСТ; ПУЛ; РЕВ	77	4/10	ДЕР; ГИН; ТЕР; ОФТ; ОРТ; ХИР	4/11	АЛЛ; ДЕР; ГИН; ТЕР; АК; ПЕД; ХИР; УРО	4/4	ТЕР; ПСЛ; ПСТ; ПУЛ	Нет, периодически	Н
Греция	-	0/10	-	4/9	ПАТ	-	4/10	ПАТ	4/11	ГИН; ПЕД; ПАТ	3/4	ПАТ	Да	Н
Дания	8/9	9/10	ЛОР; ОНП; ГИН; НЕВ; ПЕД; СПК; ПСТ; СР	7/9	КАР; ЭНД; ГАС; ХОС; ТЕР; ОНК; ПАЛ; ПСЛ; ПСТ; ПУЛ; РЕВ; ХИР	90	2/10	ОНП; ГИН; ОФТ; РЕВ; ХИР	9/11	АЛЛ; ОНП; ГИН; ИНФ; ТЕР; СПК	3/4	ДИЕТ; УЧМС; ФИЗ; СПК	Нет	В
Ирландия	8/9	8/10	ГИН; АКУ; НЕВ; ПЕД; ПСТ; ХИР	5/9	КАР; ЭНД; ГАС; ГЕР; ТЕР; ОНК; ПСТ; ПУЛ; РЕВ; ХИР	-	2/10	ДЕР; ОНП; ГИН; ОФТ; ОРТ; ПОД; РЕВ; ХИР	4/11	КАР; ДЕР; ОНП; ГИН; ТЕР; АКУ; ПЕД; УЧМС; ВЕН	4/4	ТЕР; МСС; ПУЛ	Нет	Н
Исландия	9/9	9/10	ГИН; НЕВ; ПЕД; ПСТ; ХИР	5/9	КАР; ЭНД; ГАС; ГЕР; ОНК; ПСТ; ПУЛ; РЕВ; ХИР	93	4/10	ДЕР; ОНП; ГИН; ОФТ; ОРТ; ПОД; ХИР	2/11	КАР; ДЕР; ГИН; МСД; АК; МС; АКУ; ПЕД; СПК; МСС; ВЕН	4/4	ТЕР; ПУЛ; МС	Нет, периодически	В

Испания	9/9	5/10	ГИН; НЕВ; ОНК; ОТО; ПСТ	8/9	КАР; ЭНД; ГАС; ОНК; РСТ; ПАЛ; ПУЛ; РЕВ	94	3/10	ДЕР; ГИН; АКУ; ОФТ; РЕВ; ХИР; ТР	6/11	АЛЛ; КАР; АКУ; ГИН; АК; ПЕД; ПУЛ	4/4	ЭНД; ФИЗ; ПУЛ; ПСТ	Нет, периодически	В
Италия	4/9	6/10	ГИН; НЕВ; ОНК; ПЕД; ПСТ	5/9	КАР; ДИА; ГАС; ТЕР; МС; ОНК; ПСТ; ПУЛ; РЕВ	-	1/10	ДЕР; ГИН; ТЕР; МС; ОФТ; ОРТ; МСС; ХИР	5/11	АЛЛ; ГИН; ЛАБ; АК; ОНК; ПЕД; УЧМС	4/4	УЧМС; ПУЛ	Нет, периодически	Н
Кипр	8/9	0/10	ТОР; ЛОР; ГИН; НЕВ; ПСТ	5/9	КАР; ТОР; ДИА; ЭНД; ГАС; ТЕР; ОНК; ПСТ; РЕВ	-	2/10	ДЕР; ГИН; ОФТ; ОРТ; ПОД; ХИР	4/11	ГИН; ПЕД	3/4	КАР; ТОР; ЭНД; ПСТ	-	Н
Латвия	9/9	5/10	ГИН; НАР; ОНК; ОТО; ПСТ	8/9	ЗАВ; КАР; ЭНД; ГАС; ТЕР; НЕВ; ОНК; ПСТ; ПУЛ; РЕВ	16	1/10	ГИН; МС; ОФТ; ХИР; ТР	6/11	КАР; ГИН; ИНФ; ТЕР; АК; ПЕД	4/4	ЭНД; НАР	Нет	С
Литва	9/9	10/10	ГИН; ПЕД; ПСТ	8/9	КАР; ЭНД; ГАС; ТЕР; ОНК; ПСТ; ПУЛ; РЕВ	70	4/10	ГИН; ТЕР; ОФТ; ХИР	11/11	КАР; ГИН; ИНФ; ОНК; ПЕД; УРО	4/4	КАР; ЭНД; ПСТ; ПУЛ	Да	В
Люксембург	7/9	5/10	ОНП; ЛОР; ГИН; НЕВ; ПЕД; ПСТ	8/9	КАР; ЭНД; ГАС; ТЕР; ОНК; ПСТ; ПУЛ; РЕВ	-	2/10	ДЕР; ОНП; ГИН; ОФТ; ОРТ; РЕВ; МСС; ХИР	8/11	АЛЛ; КАР; ДЕР; ЭНД; ОНП; ГИН; ТЕР; ПЕД	4/4	ЭНД; ТЕР; МС; ПСТ	Нет	С
Мальта	6/9	9/10	ОНП; ГИН; ПЕД; ПСТ; СР	9/9	-	-	4/10	-	5/11	ГИН; ПЕД	4/4	-	-	Н
Нидерланды	8/9	9/10	ОНП; ГИН; ПСЛ; СР	3/9	КАР; ДИА; ТЕР; ВДП; ОНК; ПСЛ; ПСТ; ПУЛ; РЕВ	96	8/10	ГИН; ТЕР; ОФТ; ОРТ; ФИЗ; ХИР	6/11	ЛОР; ГИН; ЛАБ; АК; ПЕД; УЧМС; СПК	3/4	МСПП	Нет	С
Норвегия	9/9	7/10	ОНП; КАР; ТОР; ГИН; ШМС; СПК; ПСТ	9/9	КАР; ГАС; ИНФ; ОНК; ПСЛ; ПУЛ; РЕВ	95	5/10	ДЕР; ГИН; ОФТ; РЕВ; ХИР	9/11	ГИН; АК; УЧМС; РЕН	4/4	УЧМС; МСПП; ШМС; СПК	Нет	В
Польша	6/9	4/10	ЭНД; ЛОР; ГИН; АКУ; НЕВ; ПЕД; ПСТ; ХИР; СР	9/9	КАР; ДИА; ЭНД; ГАС; ГЕР; ТЕР; ОРТ; ПСТ; ПАЛ; ПУЛ; РЕВ	-	0/10	ДЕР; ОНП; ГИН; ТЕР; ОФТ; ОРТ; ПЕД; ХИР	4/11	АЛЛ; КАР; ДЕР; ОНП; ГИН; ИНФ; ТЕР; АКУ; ПЕД; ХИР	4/4	ЭНД; ФИЗ; ПСТ	Нет	Н
Португалия	8/9	9/10	ЛОР; ГИН; ТЕР; НЕВ; ПЕД; ПСТ; ХИР	8/9	КАР; ЭНД; ГАС; ТЕР; ОНК; ПСТ; ПУЛ; РЕВ	94	1/10	ДЕР; ОНП; ГИН; ОФТ; ОРТ; ХИР	10/11	АЛЛ; ЭНД; ОНП; ГИН; ТЕР; ТРУД; ПЕД; ПУЛ	4/4	ЭНД; ТЕР; МСПП; ПСТ	Нет, периодически	В
Румыния	6/9	8/10	ПЕД; СПК; ПСТ	7/9	КАР; ДИА; ГАС; ИНФ; ТЕР; ПСТ	35	3/10	-	5/11	-	1/4	МСПП	-	Н

Таблица 3.4 Продолжение

Словакия	4/9	5/10	ГИН; НЕВ; ПЕД; ПСТ	6/9	КАР; ДИА; ГАС; ТЕР; ОНК; ПСТ; ПУЛ; РЕВ	72	0/10	ДЕР; ГИН; ТЕР; ОФТ; ОРТ; РЕВ; ХИР	5/11	АЛЛ; КАР; ДЕР; ГИН; ИНФ; ТЕР; ТРУД; ПЕД; ХИР; ВЕН	4/4	ЭНД; ТЕР; ФИЗ; ПСТ; ПУЛ	Нет	Н
Словения	7/9	5/10	ГИН; ПЕД	7/9	КАР; ДИА; ГАС; ИНФ; ОНК; ПСТ; ПУЛ; РЕВ	80	0/10	ДЕР; ГИН; ОФТ; ОРТ; ХИР	5/11	АЛЛ; ГИН; АКУ; ОНК; ХИР	4/4	-	Да	Н
Соединенное Королевство	9/9	10/10	-	9/9	КАР; ДИА; ГАС; ГЕР; МС; ПАЛ; МСПП; ПУЛ; РЕВ; МСС	-	4/10	ОНП; ПД; ОФТ; ОПТ; ОРТ; РЕВ; СПК; ХИР	6/11	АЛЛ; СМПС; ПАТР; АК; ФАР; СПК	4/4	ДИЕТ; СПК	Нет	С
Турция	8/9	5/10	-	6/9	КАР; ЭНД; ГАС; ГЕР; ИНФ; ТЕР; ОНК; ПЕД; ПСТ; РЕВ	-	4/10	ДЕР; ГИН; ОФТ; МС; ОРТ; ХИР	8/11	ГИН; ТЕР; ПЕД; ХИР; УРО	3/4	ТЕР; ПУЛ	Да	С
Финляндия	9/9	7/10	ПАТМ; ЛОР; ГИН; НЕВ; ПЕД; ПСП; ПСТ; СПК	8/9	КАР; ГЕР; ТЕР; ОНК; ПСП; ПСТ; ПУЛ; РЕВ; ХИР	93	10/10	АНЕ; ДЕР; ГИН; ОФТ; ТЕР; ОРТ; ХИР	6/11	ГИН	4/4	ДИЕ; ТЕР; МС; ФИЗ; ПУЛ	Нет, периодически	В
Франция	9/9	9/10	ОНП; ЛОР; ГАС; ГИН; НЕВ; ПЕД; СПК; ПСП; ПСТ; ХИР	7/9	ЗАВ; КАР; ЭНД; ГАС; ОНК; ПЕД; ПСП; ПСТ; ПУЛ; РЕВ	81	3/10	ЗАВ; ОНП; ДЕР; ГИН; МС; ОФТ; ОРТ; ХИР	11/11	АЛЛ; КАР; ДЕР; ЭНД; ГИН; АК; АКУ; ПЕД; ПУЛ; СПК	4/4	ДИЕТ; ЭНД; ГАС; ПУЛ	Нет	В
Чешская Республика	8/9	5/10	ЗАВ; ЛОР; ГИН; НЕВ; ПЕД; ПСТ	5/9	КАР; ДИА; ГАС; ТЕР; РСТ; ПУЛ; РЕВ	85	0/10	ДЕР; ГИН; ТЕР; ОФТ; ОРТ; ПУЛ; РЕВ; ХИР	5/11	КАР; ДЕР; ГЕР; ГИН; ТЕР; ОНК; ПЕД; ПУЛ; РЕН	4/4	ЭНД; ТЕР; ПСТ; ПУЛ	Нет	С
Швейцария	8/9	5/10	ОНП; ЛОР; ГИН; ПЕД; ПСТ; СПК	9/9	АЛЬТ; КАР; ЭНД; ГАС; ГЕР; ГИН; ОНК; ПУЛ; РЕВ	99	3/10	АНЕ; ДЕР; ГИН; МС; ОФТ; ОРТ; ФИЗ; РЕН; РЕВ; ХИР; ТР	7/11	АЛЛ; ДЕР; ОНП; ГИН; ИНФ; АК; МС; ФАР; ПЕД; ШМС; СПК	4/4	КАР; ДИЕТ; ЭНД; СПК; ПСТ; ПУЛ; УРО	Нет	С
Швеция	9/9	7/10	ЛОР; ГИН; ТЕР; ПЕД; ПСП; ПСТ; СПК; ХИР; ОР	9/9	КАР; ГАС; ГЕР; ИНФ; ТЕР; ОНК; ПСП; ПСТ; ПАЛ; ПУЛ; РЕВ; ХИР	80	8/10	ОНП; ДЕР; ГЕР; ГИН; ТЕР; МС; ОФТ; СПК; ХИР	6/11	АЛЛ; ОНП; ГИН; ТЕР; АК; ТРУД; ПЕД; СПК; УРО	4/4	ПСТ; СР	-	С
Эстония	9/9	7/10	ОНП; ГИН; ОНК; ПСТ	9/9	КАР; ЭНД; ГАС; МС; ОНК; ПСТ; ПУЛ; РЕВ	92	1/10	ГИН; ОФТ; РЕВ; ХИР; ТР	6/11	АЛЛ; КАР; ДЕР; ГИН; ИНФ; АК; ОНК; ПЕД	0/4	-	Нет, периодически	В



Таблица 3.4 Обозначения:

- <sup>1</sup> Виды оснащения, всегда или обычно имеющегося в наличии в учреждениях ПП, из 9 типов: 1 – детские весы; 2 – тесты на глюкозу; 3 – повязки/бинты; 4 – отоскоп; 5 – аппарат ЭКГ; 6 – тест-полоски для анализа мочи; 7 – инструменты для зашивания ран; 8 – гинекологическое зеркало; 9 – пневмотахометр.
- <sup>2</sup> ВОП всегда или обычно участвует в оказании первой помощи следующим пациентам (10 проблем со здоровьем): 1 – ребенок с сильным кашлем; 2 – ребенок в возрасте 8 лет, имеющий проблемы со слухом; 3 – женщина в возрасте 18 лет, нуждающаяся в пероральной контрацепции; 4 – женщина в возрасте 20 лет, нуждающаяся в подтверждении беременности; 5 – женщина в возрасте 35 лет с нерегулярными менструациями; 6 – женщина в возрасте 35 лет с социально-психологическими проблемами; 7 – женщина в возрасте 50 лет с образованием в молочной железе; 8 – мужчина в возрасте 28 лет с впервые случившимся эпизодом судорог; 9 – мужчина с суицидальными наклонностями; 10 – мужчина в возрасте 52 лет с алкогольной зависимостью.
- <sup>3</sup> ЗАВ = Специалист по зависимости; АЛЛ = Аллерголог; АНЕ = Анестезиолог; АЛЪТ = Специалист по дополнительной и альтернативной медицине; КАР = Кардиолог; НЕВ = Невролог; ТОР = Специалист по торакальной медицине; ПД = Подолог; ПАТМ = Патронажная медсестра; ДЕР = Дерматолог; ДИА = Диабетолог; ДИЕТ = Диетолог; ЛОР = Отоларинголог; ЭНД = Эндокринолог; ОНП = Отделение неотложной помощи в больнице; ГАС = Гастроэнтеролог; ГЕР = Гериатр; СМПС = Специалист по мочеполовой системе; ГИН = Гинеколог; МСД = Медсестра по уходу на дому; ХОС = Хосписы; ПАТР = Патронажный работник; ИНФ = Инфекционист; ТЕР = Терапевт; ЛАБ = Лаборант; АК = Акушерка (амбулаторная); НАР = Нарколог; ВДП = Врач дома престарелых; МС = медсестра; АКУ = Акушер; ТРУД = Трудотерапевт; ОНК = Онколог; ОФТ = Офтальмолог; ОПТ = Оптометрист; ОРТ = Ортопед; ОТО = Отоларинголог; ПЕД = Педиатр; ПАЛ = Специалист по паллиативной помощи; ПАТ = Патолог; МСПП = Медсестра первичной помощи/общей практики; ФАР = Фармацевт; УЧМС = Участковая медсестра; ФЗТ = Физиотерапевт (амбулаторный); ФИЗ = Физиотерапевт; ПОД = Подиатр; ПСЛ = Психолог; ПСТ = Психиатр; ПУЛ = Пульмонолог; РЕН = Рентгенолог; РЕВ = Ревматолог; ШМС = Школьная медсестра или медпункт; ЛОГ = Логопед; СТОМ = Стоматолог; СПК = Специализированная клиника; МСС = Медсестра специализированная; ХИР = Хирург; СР = Социальный работник; ТР = Травматолог; УРО = Уролог; ВЕН = Венеролог.
- <sup>4</sup> ВОП всегда или обычно участвует в лечении и последующем уходе при (9 заболеваний): 1. Хронический бронхит; 2. Язва желудка и 12-перстной кишки 3. Застойная сердечная недостаточность 4. Пневмония 5. Неосложненный диабет 2-го типа 6. Ревматоидный артрит 7. Легкая депрессия 8. Рак (необходимость паллиативного лечения) 9. Пациенты, поступившие в дом престарелых/здравницу
- <sup>5</sup> Участие ВОП или медсестры ПП в технических медицинских процедурах (10 процедур): 1. Клиновидная резекция вросшего ногтя пальца стопы 2. Удаление кисты сальной железы с волосистой части головы 3. Наложение швов на рану 4. Удаление бородавок 5. Установка ВМС 6. Удаление ржавого пятна с роговицы 7. Осмотр глазного дна 8. Суставная инъекция 9. Бинтование голеностопного сустава 10. Выполнение внутривенной инфузии.
- <sup>6</sup> ВОП всегда или обычно участвует в следующих профилактических мероприятиях (11 мероприятий): 1. Иммунизация против столбняка 2. Аллерговакцинация 3. Тестирование на заболевания, передающиеся половым путем 4. Скрининг на ВИЧ/СПИД 5. Противогриппозная вакцинация групп высокого риска 6. Скрининг на рак шейки матки 7. Скрининг на рак молочной железы 8. Определение уровня холестерина 9. Планирование семьи/контрацепция 10. Плановое дородовое наблюдение (в соответствии с национальной схемой) 11. Плановое педиатрическое наблюдение детей до 4 лет.
- <sup>7</sup> ВОП всегда или обычно участвует в индивидуальном консультировании по здоровому образу жизни (4 случая): 1. Консультирование по поводу ожирения 2. Консультирование по поводу недостаточной физической активности 3. Консультирование по поводу прекращения курения 4. Консультирование по поводу алкогольной зависимости
- <sup>8</sup> В = Относительно высокий уровень комплексности услуг ПП; С = Относительно средний уровень комплексности услуг ПП; Н = Относительно низкий уровень комплексности услуг ПП. Категории основаны на относительном распределении данных для всех показателей этого аспекта в Инструменте для мониторинга ПП (не все показатели упоминаются в этой таблице).

Профилактические мероприятия в большинстве стран осуществляются самыми разными поставщиками медицинских услуг. Помимо ВОП, профилактические услуги часто оказывают гинекологи, педиатры, аллергологи, терапевты, кардиологи, дерматологи, акушерки, работники неотложной помощи, инфекционисты, акушеры-гинекологи и специализированные клиники.

### **Общая комплексность услуг в разных странах**

Краткий обзор результатов оценки комплексности услуг по странам представлен на рис. 3.4. Общие результаты по всем показателям не слишком различаются между странами. Наиболее комплексные услуги первичной помощи оказывают в Литве, Норвегии, Болгарии, Бельгии, Соединенном Королевстве, Испании, Финляндии, Швеции, Португалии и Франции. Более узким профиль услуг был в Словакии, Италии, Греции, на Кипре, в Румынии, Венгрии, Польше, Нидерландах, Словении, Чешской Республике и Австрии. Другие страны в плане комплексности услуг первичной помощи занимают промежуточное положение.

### **3.5 Общая ситуация с предоставлением услуг в рамках первичной помощи**

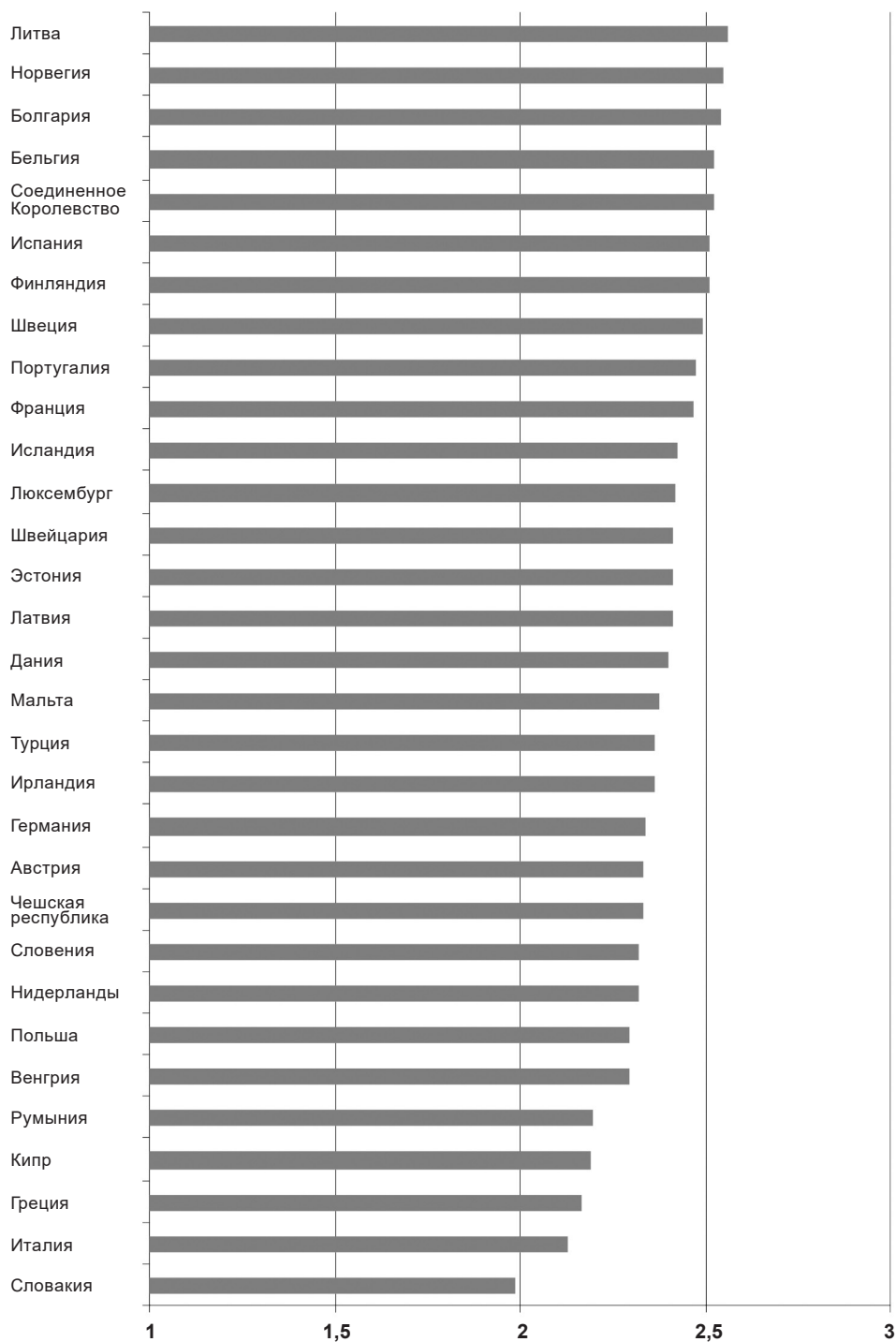
На рисунке 3.5 показаны позиции стран по всем аспектам процесса оказания первичной помощи. Первичную помощь в Дании, Испании и Соединенном Королевстве отличает хорошая доступность, относительно выраженная непрерывность и координация и наиболее полный спектр предоставляемых услуг. Несколько меньшим единообразием характеризуется доступность, непрерывность, координация и комплексность первичной помощи в Эстонии, Литве и Португалии. Чуть лучше ситуация (средний уровень) в Чешской Республике, Финляндии и Польше. Австрия и Кипр отличаются относительно слабым процессом оказания услуг первичной помощи (по всем четырем аспектам). Уровень единообразия еще ниже (слабый/средний) у первичной помощи в Болгарии, Италии, Люксембурге, Румынии и Турции, и чуть лучше ситуация (средний уровень) в Греции, Ирландии, на Мальте и в Швейцарии. Наименьшее единообразие по всем аспектам оказания услуг отмечено в остальных 11 странах.

В целом результаты оценки по четырем аспектам процесса оказания первичной помощи не демонстрируют никакой связи друг с другом. Каждый из аспектов структуры первичной помощи имеет положительную связь с доступностью первичной медицинской помощи (коэффициенты корреляции Спирмена варьируются от 0,37 [ $p=0,04$ ] для доступа и экономической ситуации до 0,54 [ $p=0,00$ ] для доступа и управления). Кроме того, координация первичной помощи прямо пропорциональна управлению и развитию трудовых ресурсов в сфере первичной помощи. Коэффициенты корреляции Спирмена составляют 0,38 ( $p=0,03$ ) и 0,41 ( $p=0,02$ ) соответственно.

### **3.6 Выводы**

В этой главе охарактеризовано предоставление услуг в области первичной помощи с точки зрения объема и комплексности пакета услуг, доступа пациентов к получению помощи и функций непрерывности и координации помощи.

**Рисунок 3.4** Оценка общей комплексности услуг первичной помощи по странам (шкала 1 (низкая) – 3 (высокая))



**Рисунок 3.5** Общий (высокий/средний/низкий) уровень доступности, непрерывности и координации первичной помощи по странам

		Доступ к ПП							
		ВЫСОКИЙ	СРЕДНИЙ	НИЗКИЙ	ВЫСОКИЙ	СРЕДНИЙ	НИЗКИЙ		
	DK ES LT NL PL SI UK	CZ PT	HU		LT NL SI	HU PL PT UK	CZ DK ES		
	SE	EE FI IT	AT DE IS NO RO SK		AT IT SE	FI NO RO	DE EE IS SK		
	GR MT	BE CH FR LU LV	BG CY IE TR		GR LU MT TR	BG CH CY FR	BE IE LV		
Координация помощи	ВЫСОКИЙ	СРЕДНИЙ	НИЗКИЙ		НИЗКИЙ	СРЕДНИЙ	ВЫСОКИЙ	Непрерывность помощи	
				НИЗКИЙ	AT TR	BG CY HU NO RO	DE IE IS SK		
				СРЕДНИЙ	IT LU	CH FI FR PT	BE CZ EE LV		
				ВЫСОКИЙ	GR LT MT NL SE SI	PL UK	ES DK		
				Координация помощи					

**Обозначения:**

AT – Австрия; BE – Бельгия; BG – Болгария; CH – Швейцария; CY – Кипр; CZ – Чешская Респ.; DE – Германия; DK – Дания; EE – Эстония; ES – Испания; FI – Финляндия; FR – Франция; GR – Греция; HU – Венгрия; IE – Ирландия; IS – Исландия; IT – Италия; LT – Литва; LU – Люксембург; LV – Латвия; MT – Мальта; NL – Нидерланды; NO – Норвегия; PL – Польша; PT – Португалия; RO – Румыния; SE – Швеция; SI – Словения; SK – Словакия; TR – Турция; UK – Соединенное Королевство.

- Препятствия к доступу были связаны с нехваткой ВОП, обычно более заметной в сельских районах, чем в городах.
- В большинстве стран отмечается некоторое географическое неравенство. В целом доступ к получению помощи в нерабочее время организован по-разному, и в большинстве стран, как правило, осуществляется за пределами кабинета ВОП, что может отрицательно сказываться на непрерывности оказания помощи.
- В тех странах, где ВОП редко практикуют визиты на дом, пациентам, не имеющим возможности выходить из дома, может быть трудно получить необходимую помощь. Несмотря на то, что в большинстве стран отсутствуют финансовые препятствия к посещению ВОП, визиты на дом и назначения лекарств чаще оплачиваются частным образом.

- Основными условиями непрерывности медицинской помощи являются тщательное ведение медицинских записей пациентов и ответственность ВОП за оказание помощи обслуживаемой группе населения. Две трети стран практикуют обязательное использование таких списков всех пациентов. В целом различия между странами в отношении непрерывности помощи были довольно умеренными.
- В отношении координации различия были больше, и результаты по странам — хуже. Диспетчерская система направления пациентов к специалистам полноценно функционирует только в одной четверти стран, в остальных она действует частично, или хотя бы существуют финансовые стимулы для пациентов, позволяющие достичь аналогичного результата. Индивидуальная практика, затрудняющая координацию оказания помощи, по-прежнему преобладает почти в половине стран. Сотрудничество между врачами общей практики и врачами-специалистами нуждается в улучшении во многих странах, а связи между первичной помощью и общественным здравоохранением развиты довольно плохо.
- В странах, где ВОП играют важную роль при первом обращении, они лечат более 90% всех обратившихся пациентов без направления к специалистам. Что касается выполнения медицинских процедур и профилактических мероприятий, различия между странами довольно существенны; эти области менее развиты.
- Между четырьмя аспектами предоставления услуг, описанными в этой главе, связи не обнаружено. Однако аспекты структуры (управление, экономическая ситуация и трудовые ресурсы), рассмотренные в предыдущей главе, были связаны с доступом к помощи и ее координацией.

## Библиография

Hart JT (1971). The inverse care law. *The Lancet*, 1(7696):405-412.

Hill AP, Freeman GK (2011). *Promoting continuity of care in general practice*. London, Royal College of General Practitioners.

Huibers L et al. (2009). Out-of-hours care in western countries: assessment of different organizational models. *BMC Health Services Research*, 9:105.

Pascoe SW, Neal RD, Allgar VL (2004). Open-access versus bookable appointment systems: survey of patients attending appointments with general practitioners. *British Journal of General Practice*, 1(54):367-369.

## Разнообразие рассматриваемых систем первичной помощи

*Dionne Kringos, Wienke Boerma, Yann Bourgueil, Thomas Cartier, Toni Dedeu, Toralf Hasvold, Allen Hutchinson, Margus Lember, Marek Oleszczyk, Danica Rotar Pavlič*

В этой главе анализируются различия между странами и объясняются причины различий структуры и процессов первичной помощи в разных странах. Показателями эффективности первичной помощи в анализах были разработка политики в области здравоохранения, развитие трудовых ресурсов и сам процесс оказания помощи (см. рис.1.1 в главе 1). Объяснения будут даны в свете эффективности первичной помощи; социальных, политических и экономических факторов, а также вклада сильной первичной помощи в работу системы здравоохранения в целом.

### 4.1 Различия в структурных аспектах

Страны имеют отличия в *управлении первичной помощью*, поскольку не всегда четко сформулированы или даже отсутствуют официальные стратегии развития первичной помощи. В большинстве стран важные функции первичной помощи (например, установление приоритетов, планирование поставок) переданы региональным или местным органам власти. В большинстве стран качество обслуживания гарантируется минимально допустимыми стандартами, включающими профессиональное образование, клинические руководства и соблюдение прав пациентов. Однако в ряде стран эти стандарты недостаточно развиты: в странах, где врачи без соответствующей специализации могут работать в первичной помощи, иногда делаются исключения для официальных программ профессиональной подготовки. Кроме того, часто отсутствуют правила касательно непрерывного медицинского образования. Руководства по общей практике часто составляют врачи-специалисты, министерство здравоохранения, или же используются адаптированные зарубежные руководства. Таким образом, объемы, качество и эффективность реализации стратегий могут быть серьезно улучшены во многих странах.

Что касается *экономической ситуации*, то наблюдалось четкое разделение между востоком и западом, особенно по относительному уровню расходов на здравоохранение, который был заметно ниже в странах Восточной Европы, а также по доходам поставщиков медицинских услуг. Доходы поставщиков первичной помощи в Восточной Европе часто гораздо ниже, чем у врачей-специалистов, что также отрицательно сказывается на профессиональном статусе поставщиков первичной помощи. Кроме того, системы вознаграждения поставщиков первичной помощи почти во всех европейских странах дополняются различными финансовыми стимулами по результатам работы, чтобы влиять на поведение врача. Преобладающим статусом заня-

тости ВОП в Европе является самостоятельная предпринимательская деятельность по контракту.

Важнейшая проблема в области *развития трудовых ресурсов* — старение персонала системы первичной помощи с риском нехватки рабочих кадров в ближайшие 10 лет. Только половина стран проводили исследования потребностей системы первичной помощи в трудовых ресурсах и в их развитии в будущем. В среднем пятая часть всех выпускников медицинских вузов Европы выбирает специальность врача общей практики. ВОП довольно хорошо организованы: национальные организации для врачей общей практики существуют во всех странах (кроме Исландии). В противоположность этому, организации для медсестер довольно редки.

*Общий порядок распределения стран по структуре первичной помощи* основан на результатах оценки всех аспектов структуры первичной помощи. Эти аспекты прямо коррелируют друг с другом, т.е. зависят от эффективности друг друга (коэффициенты корреляции Спирмена составили 0,49 для управления и развития трудовых ресурсов с экономическими условиями [ $p = 0,01$ ] и 0,55 [ $p = 0,00$ ] для управления с развитием трудовых ресурсов). В итоге эффективность первичной помощи на уровне структуры может быть оценена в баллах, которые представлены для каждой страны на рисунке 4.1 и в первом столбце таблицы 4.1.

К странам, занимающим самые высокие позиции по структурным аспектам, относятся Соединенное Королевство, Нидерланды, Испания, Португалия, Дания и Словения. В конце рейтинга находятся Исландия, Люксембург и Кипр.

## 4.2 Различия в процессах оказания помощи

В таблице 4.1 также приведены сводные результаты оценки *эффективности процесса оказания первичной помощи* с точки зрения доступа, непрерывности, координации и комплексности услуг. Дания, Испания и Соединенное Королевство отличаются относительно высоким уровнем ориентации на первичную помощь по всем аспектам процесса. К странам, недостаточно последовательно ориентированным на первичную помощь (высокий/средний уровень), относятся Литва, Португалия и Эстония. Чуть выше уровень (средний) в Польше, Финляндии и Чешской Республике. В Австрии и на Кипре отмечается относительно низкий уровень ориентации на первичную помощь по всем аспектам процесса. Еще ниже уровень (низкий/средний) в Болгарии, Италии, Люксембурге, Румынии и Турции, и чуть выше (средний уровень) — в Греции, Ирландии, на Мальте и в Швейцарии. В остальных 11 странах самый низкий уровень единообразия по всем аспектам процесса.

Что касается доступности, в странах Европы отмечается значительное географическое неравенство в отношении доступности ВОП, а отдаленные районы часто сталкиваются с нехваткой кадров. Почти в половине стран пациенты часто вынуждены оплачивать половину стоимости посещения ВОП, что может противоречить официальной политике, провозглашающей бесплатный доступ к помощи. Организационные механизмы обеспечения доступа оставляют достаточно возможностей для совершенствования, особенно это касается консультаций по телефону и электронной почте, систем

**Рисунок 4.1** Ранжирование стран по комбинированным оценкам структурных аспектов первичной помощи





записи на прием и консультирования особых групп пациентов. Кроме того, не во всех странах Европы можно пригласить ВОП на дом. Во многих странах услуги первичной помощи в нерабочее время оказывают в рамках различных параллельных схем.

Несмотря на то, что в большинстве стран долгосрочная непрерывность помощи относительно высока, в некоторых странах (например, Австрия, Финляндия, Германия и Нидерланды) у ВОП довольно большой списочный состав пациентов. Улучшения могут быть достигнуты в информационном и межличностном аспекте непрерывности помощи, например путем предоставления поставщикам первичной помощи соответствующего программного обеспечения и обучения его использованию. Компьютеры во врачебной практике используют в нескольких целях, таких как поддержка функций общественного здравоохранения, обмен информацией с коллегами и ведение медицинской документации. Это оборудование часто отсутствует. По имеющимся данным, пациенты наименее удовлетворены коммуникативными навыками и продолжительностью консультаций поставщиков первичной помощи (например, в Германии, Литве и Соединенном Королевстве).

Что касается *координации оказания помощи*, в Европе используются различные варианты систем направления пациентов к узким специалистам. В нескольких странах пациентам требуется направление, чтобы посетить врача за пределами системы первичной помощи (за исключением неотложных состояний). В некоторых странах пациенты имеют прямой доступ к большинству специалистов, тогда как в других странах такой доступ возможен только при условии оплаты стоимости визита в частном порядке. Система регистрации пациентов у ВОП по месту жительства (списки пациентов), как правило, не используется в Австрии, Бельгии, Германии, Ирландии, Кипре, Люксембурге, на Мальте, во Франции, Швейцарии и Швеции. Индивидуальное ведение практики преобладает почти в половине стран. Во многих странах затруднены сотрудничество и координация между системами первичной и вторичной помощи. В целом медсестры выполняют ограниченные функции в системе первичной помощи, хотя есть некоторые заметные исключения, например в Соединенном Королевстве и Испании.

Данные по *комплексности услуг* показывают, что роль ВОП как первых представителей системы здравоохранения, с которыми соприкасается пациент, наиболее развита в тех странах, где ВОП выполняют диспетчерские функции. В странах с большим количеством индивидуальных практик последующее наблюдение предоставляется для более широкого круга заболеваний, чем в странах с преобладанием групповых практик. В групповых практиках большая часть этих задач может быть поручена другим специалистам из состава группы. Практики первичной помощи в Европе, как правило, хорошо оснащены. В нескольких странах медсестры первичной помощи выполняют технические медицинские процедуры. Профилактические мероприятия в большинстве стран осуществляются самыми разными поставщиками медицинских услуг, включая ВОП. В целом самый высокий уровень комплексности услуг первичной помощи отмечается в Бельгии, Болгарии, Испании, Литве, Норвегии, Португалии, Соединенном Королевстве, Финляндии, Франции и Швеции.

Таблица 4.1 Обзор параметров по странам

Страна	Устойчивость структуры ПП <sup>1</sup> (2009/10)	Доступ: устойчивость процесса ПП <sup>1</sup> (2009/10)	Непрерывность помощи: устойчивость процесса ПП <sup>1</sup> (2009/10)	Координация помощи: устойчивость процесса ПП <sup>1</sup> (2009/10)	Комплексность: устойчивость процесса ПП <sup>1</sup> (2009/10)	Роль ВОП как ВРАЧА ПЕРВОГО КОНТАКТА <sup>2</sup> (1993)	ВВП на душу населения (ППС, долл. США) (1993)	% роста ВВП на душу населения (ППС, долл. США) 1993–2009	Годы доминирования левой партии 1993–2008	Тип системы здравоохранения (2010)	% населения, согласного с тем, что правительство должно нести большую ответственность за обеспечение благосостояния (N; год)	% населения, предпочитающего, чтобы дети заботились о родителях в случае ухудшения здоровья (N) 2007	% населения, согласного с тем, что наука и технология положительно влияют на здоровье (M) 2010
Австрия	2,22	2,27	2,19	1,38	2,33	2,95	21 563,30	80,02	4,75	СМС	н/д	46,06 (1003)	64,80 (517)
Бельгия	2,21	2,13	2,38	1,70	2,53	3,01	20 482,00	77,29	7,75	СМС	н/д	37,95 (1033)	57,84 (529)
Болгария	2,14	2,15	2,33	1,44	2,54	1,74	5030,37	175,72	5,14	Переходный	53,24 (971, 1997)	79,59 (1014)	44,36 (505)
Венгрия	2,08	2,34	2,33	1,46	2,29	2,75	8066,11	151,82	9,00	Переходный	65,99 (638, 1998)	70,18 (1006)	49,52 (523)
Германия	2,20	2,25	2,38	1,38	2,34	2,82	20 756,00	75,07	8,50	СМС	46,97 (2014, 1997)	53,78 (1523)	36,02 (769)
Греция	2,10	2,08	2,25	1,96	2,17	2,47	13 738,30	115,58	10,50	НСЗ	н/д	86,26 (1012)	46,88 (529)
Дания	2,38	2,46	2,43	1,96	2,40	3,49	20 439,60	84,55	6,25	НСЗ	н/д	21,97 (1006)	64,23 (520)
Ирландия	2,20	1,96	2,38	1,57	2,36	3,48	14 973,70	171,79	2,75	НСЗ	н/д	41,74 (1011)	65,08 (504)
Исландия	1,77	2,28	2,40	1,60	2,42	3,10	21 764,60	69,06	2,00	НСЗ	н/д	н/д	64,41 (236)
Испания	2,43	2,44	2,43	1,84	2,51	3,20	14 652,40	119,42	8,25	НСЗ	51,38 (1162, 1995)	57,80 (993)	62,98 (497)
Италия	2,33	2,27	2,31	1,73	2,13	3,08	19 283,90	68,17	5,07	НСЗ	44,11 (984, 2005)	50,89 (1067)	41,47 (516)
Кипр	1,91	2,11	2,32	1,49	2,19	н/д	13 683,20	125,45	4,25	НСЗ	51,58 (1043, 2006)	65,43 (486)	56,80 (250)
Латвия	2,14	2,15	2,38	1,65	2,41	1,96	4910,72	234,72	4,50	Переходный	61,41 (1192, 1996)	70,55 (1012)	41,77 (486)
Литва	2,27	2,29	2,30	1,98	2,56	1,71	6292,90	175,04	8,50	Переходный	50,90 (998, 1997)	74,17 (1026)	46,33 (518)
Люксембург	1,90	2,03	2,31	1,63	2,42	2,63	36 469,70	129,84	5,50	СМС	н/д	45,28 (360)	68,00 (250)
Мальта	2,12	2,17	2,17	1,82	2,38	2,80	13 052,30	90,11	2,00	НСЗ	н/д	54,34 (495)	58,61 (244)

Нидерланды	2,50	2,38	2,26	2,20	2,32	3,67	19 703,20	106,44	5,50	СМС	36,41 (1041, 2006)	22,81 (1004)	54,60 (522)
Норвегия	2,27	2,25	2,36	1,56	2,55	3,28	20 901,90	168,94	8,75	НСЗ	29,95 (1122, 1996)	н/д	65,34 (479)
Польша	2,12	2,35	2,33	1,92	2,29	2,27	5795,92	226,18	7,25	Переходный	41,94 (1111, 1997)	84,38 (1031)	43,55 (535)
Португалия	2,41	2,34	2,35	1,62	2,47	3,22	12 342,70	101,90	8,75	НСЗ	н/д	57,96 (1068)	45,42 (513)
Румыния	2,31	2,26	2,33	1,55	2,20	2,36	4611,19	209,64	8,75	Переходный	47,77 (1187, 1998)	78,62 (1043)	53,28 (533)
Словакия	2,02	2,27	2,39	1,39	1,98	н/д	7191,46	218,18	4,50	Переходный	68,12 (1076, 1998)	74,91 (1084)	40,08 (499)
Словения	2,36	2,47	2,30	1,84	2,32	2,87	11 168,20	142,95	8,00	Переходный	52,86 (997, 1995)	45,21 (1033)	47,72 (505)
Соединенное Королевство	2,52	2,40	2,37	1,88	2,52	3,51	17 692,70	98,70	11,50	НСЗ	27,23 (1032, 2006)	44,58 (1283)	61,39 (663)
Турция	2,27	2,05	2,15	1,61	2,36	2,02	5072,25	169,46	4,00	СМС	45,93 (1868, 1996)	81,92 (1001)	66,10 (472)
Финляндия	2,31	2,20	2,32	1,74	2,51	3,00	16 868,40	109,06	6,50	НСЗ	31,49 (975, 1996)	31,12 (1041)	64,62 (537)
Франция	2,16	2,06	2,33	1,63	2,47	3,08	18 715,10	79,93	5,25	СМС	28,06 (998, 2006)	37,32 (1096)	63,57 (516)
Чешская Республика	2,14	2,35	2,41	1,64	2,33	2,28	10 500,20	143,62	6,25	Переходный	55,97 (1147, 1998)	65,04 (1027)	39,12 (524)
Швейцария	2,04	2,17	2,37	1,63	2,42	2,88	25 667,10	76,19	4,00	СМС	16,34 (1181, 1996)	н/д	60,00 (490)
Швеция	2,23	2,17	2,25	2,32	2,49	2,83	19 642,20	90,29	12,00	НСЗ	12,85 (1004, 1996)	14,82 (985)	76,83 (492)
Эстония	2,29	2,21	2,42	1,71	2,41	2,06	5645,03	248,86	4,75	Переходный	63,80 (1011, 1996)	59,52 (1003)	52,86 (490)
<i>Источник:</i>	Kringos et al., 2013a	Kringos et al., 2013a	Kringos et al., 2013a	Kringos et al., 2013a	Kringos et al., 2013a	Voerma et al., 1997; (для Мальты) Sciortino, 2002	Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011.	Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011.	Armingeon et al., 2010; Akman, pers. comm. 2011 (для Турции)	Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, 2011	Ассоциация по исследованию жизненных ценностей населения, 2009	TNS Opinion & Social & TNS, 2007	TNS Opinion & Social (2010).

<sup>1</sup> Шкала варьируется от 1 (низкая ориентация на ПП) до 3 (высокая ориентация на ПП).

<sup>2</sup> Шкала варьируется от 1 (низкий уровень участия) до 4 (высокий уровень участия).

### 4.3 Различия в общих показателях устойчивости системы первичной помощи

Сопоставив данные по всем аспектам, представленным в предыдущих главах, включая общую процедуру оценки, можно вычислить общий показатель устойчивости системы первичной помощи в каждой стране. На рисунке 4.2 страны с низким, средним и высоким показателем ориентации на первичную помощь, измеренным по показателям структуры и процесса первичной помощи, разделены на три соответствующих группы (Kringos et al., 2013a).

Страны с относительно крепкой системой первичной помощи: Португалия и Испания, страны в регионе Северного моря (Бельгия, Соединенное Королевство, Нидерланды и Дания), Словения и три страны в Северо-Восточной Европе (Литва, Эстония и Финляндия). Системы первичной помощи в Центральной Европе относительно слабые, особенно в Словакии, Австрии и Венгрии, а также в Юго-Восточной Европе и Турции.

### 4.4 Эффективность первичной помощи

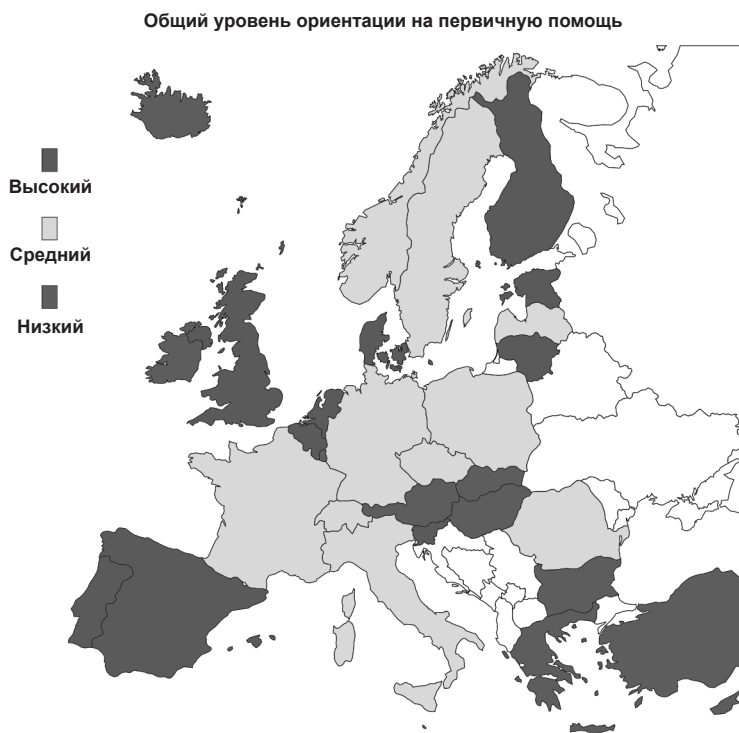
Для анализа эффективности организации первичной помощи, одного из аспектов результативности в концептуальной схеме, были использованы данные исследования PHAMEU (Pelone et al., 2013). В этом анализе страны сравнивали, во-первых, по эффективности использования их структуры первичной помощи для оказания услуг первичной помощи и, во-вторых, по эффективности обеспечения качества оказываемых услуг. Основное внимание было уделено двум типам взаимосвязи:

- взаимосвязь между тремя структурными аспектами и четырьмя аспектами процесса первичной помощи;
- взаимосвязь между четырьмя аспектами процесса и качеством оказываемой помощи.

Анализ технической эффективности включал в себя выборку из 22 стран с целью оценки сочетаний и типа структурных аспектов, используемых странами для достижения соответствующего уровня аспектов процесса. На рисунке 4.3 показаны результаты анализа эффективности, выполненного с помощью Анализа среды функционирования (Data Envelopment Analysis) (оценка 1 = относительная наивысшая эффективность).

При сравнении систем первичной помощи по их крепости и относительной эффективности (в организации первичной помощи в целом) оказалось, что некоторые страны с крепкой системой первичной помощи не относятся к числу наиболее эффективных систем в относительных показателях. Только в нескольких странах с относительно крепкой системой первичной помощи она также была относительно эффективна: в Нидерландах, Португалии, Финляндии, Литве и Эстонии. И в противоположность этому, в странах с относительно слабой системой первичной помощи она оказалась относительно эффективной. К этим странам относятся Люксембург, Болгария и Венгрия. Этот результат свидетельствует о том, что максимальное, но несогласованное в рамках системы улучшение отдельных функций первичной помощи будет недостаточным, если лица, формирующие политику, стремятся к созданию как эффективной, так и крепкой системы первичной помощи.

**Рисунок 4.2** Неравномерность общей устойчивости системы первичной медико-санитарной помощи в Европе



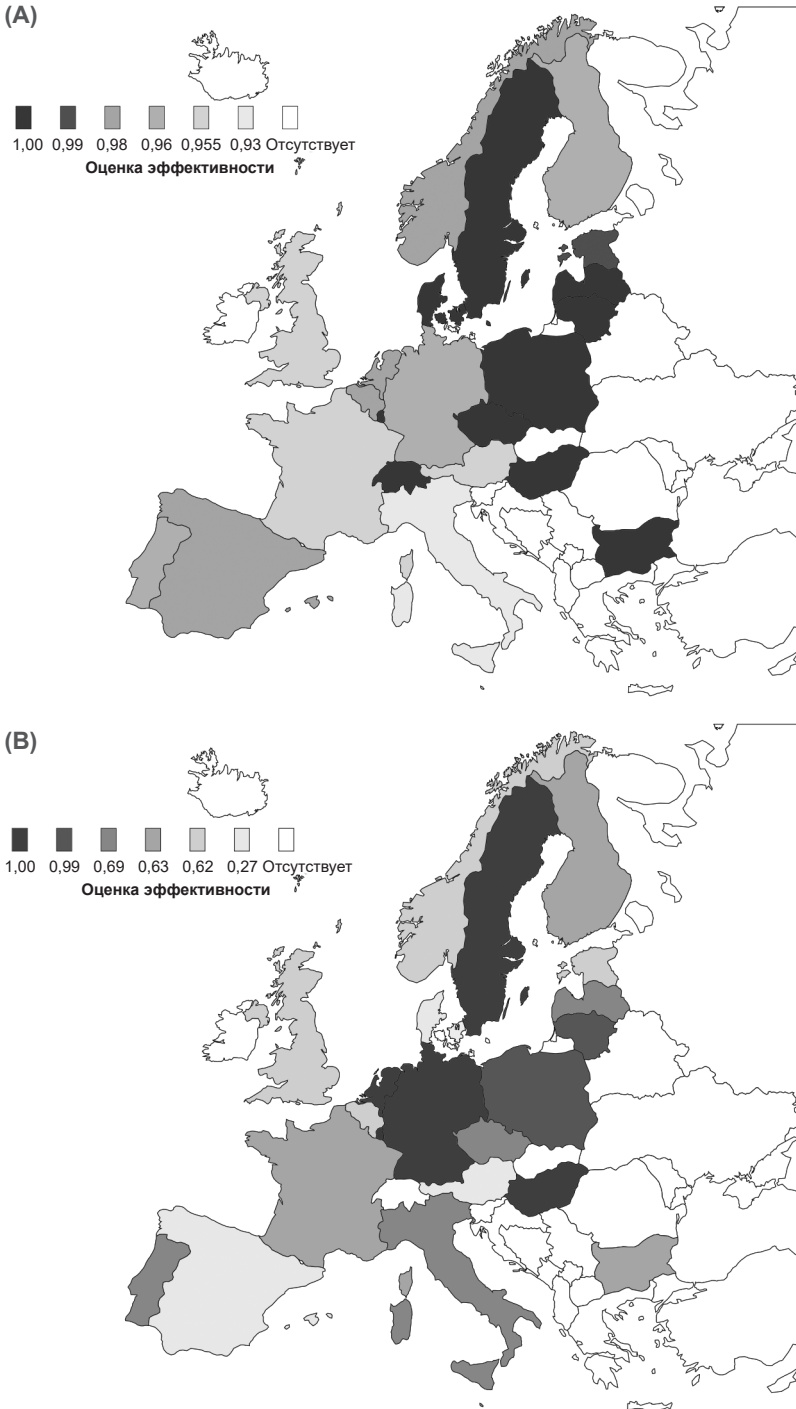
В целом результаты показывают, что для повышения эффективности первичной помощи важно сосредоточиться на улучшении доступа и координации помощи, а также обеспечении первичной помощи экономическими ресурсами (Pelone et al., 2013). Однако, если лица, формирующие политику, улучшат все аспекты структуры и процесса первичной помощи, это не обязательно повысит эффективность системы здравоохранения в целом.

#### 4.5 Роль благосостояния, культуры, типа системы здравоохранения и политики

Чтобы прояснить роль широкого социального контекста в развитии систем первичной помощи, мы попытались ответить на вопрос, почему в некоторых странах доступность и качество первичной помощи выше, и пациентам предлагается более полный пакет услуг, чем в других. Было высказано предположение о том, что результаты продолжающегося процесса развития первичной помощи являются итогом политической воли, ресурсов, участия общественности и благоприятной ситуации в системе здравоохранения (Groenewegen & Delnoij, 2003). По мнению Sidel и Sidel (1977), первичная помощь отражает экономическую, социальную, политическую и культурную историю общества, а также общую структуру системы здравоохранения.

В дополнение к данным исследования PHAMEU для этих понятий был выполнен поиск эмпирических данных, в частности объясняющих, почему различия между странами в структуре первичной помощи и процессе ока-

**Рисунок 4.3** Обзор оценки эффективности на основании соотношений (А) структура — процесс и (В) процесс — результат



зания услуг вызваны политико-экономическими факторами, культурными ценностями и типом системы здравоохранения. Для этого анализа были взяты следующие данные из других источников: национальный доход (его рост), политическая ориентация правительства страны, преобладающие у населения ценности и тип системы здравоохранения. В таблице 4.1 представлен обзор значений и положения каждой страны в отношении переменных, включенных в этот анализ.

Различия между странами в общей устойчивости системы первичной помощи связаны с различиями в благосостоянии, политическом составе правительства, преобладающих ценностях и типах системы здравоохранения.

Более *благополучные страны*, как правило, имеют более слабую структуру первичной помощи и меньшую доступность услуг первичной помощи по сравнению с менее богатыми странами. С другой стороны, *страны с переходной экономикой* в Восточной Европе использовали свой прирост национального дохода для улучшения доступности и непрерывности первичной помощи. В странах с преимущественно *левым правительством* в последние годы структура первичной помощи обычно была крепче, а доступность и координация первичной помощи — лучше. Было также установлено, что в *странах с системой, основанной на социальном обеспечении*, снижена доступность и непрерывность первичной помощи по сравнению со странами с системами НСЗ (Kringos et al., 2013b). Это может быть связано с отсутствием диспетчерской системы и использованием дополнительных платежей для контроля за использованием услуг здравоохранения в большинстве систем СМС. Прямо противоположная ситуация в переходных системах Центральной и Восточной Европы. Вероятно, на это повлияло историческое наследие, в результате которого страны с централизованными системами здравоохранения под управлением государства в переходный период пожелали организовать здравоохранение совершенно иначе. Наконец, было установлено, что на все аспекты первичной помощи оказывают влияние культурные ценности. К культурным ценностям относятся традиционная ответственность государства за распределение богатств (в отличие от индивидуальной ответственности); предпочтение получать домашнее лечение вместо профессиональной помощи; и значение влияния науки и техники на здоровье.

Сочетание результатов по всем трем значениям показало их влияние как на структуру первичной помощи, так и на оказание услуг в рамках первичной помощи (см. также Kringos et al., 2013b). Эти результаты свидетельствуют о том, что для укрепления систем первичной помощи потребуются мобилизация множества точек приложения усилий, вариантов политики и политической воли, а также необходимость принимать во внимание преобладающие ценности в конкретной стране.

#### 4.6 Роль крепкого звена первичной помощи в работе системы здравоохранения

Стратегии по преодолению текущих проблем в секторе здравоохранения часто включают в себя укрепление первичного звена медико-санитарной помощи. С помощью данных исследования PHAMEU мы попытались ответить на вопрос, действительно ли страны с относительно крепким звеном первичной помощи демонстрируют лучшие общие результаты работы систе-

мы здравоохранения, чем страны с относительно слабым звеном первичной помощи.

Было проанализировано соотношение устойчивости системы первичной помощи по пяти аспектам с ключевыми показателями эффективности системы здравоохранения, а именно расходами на здравоохранение, качеством обслуживания пациентов, потенциально лишними госпитализациями, здоровьем населения и социально-экономическим неравенством (Kringos et al., 2013c). В таблице 4.2 показаны соотношения параметров первичной помощи и результатов.

Данные в таблице 4.2 свидетельствуют о том, что крепкая система первичной помощи в Европе напрямую связана с улучшением здоровья населения, снижением социально-экономического неравенства в отношении здоровья и предотвращением потенциально ненужных госпитализаций. Однако оказалось, что расходы на здравоохранение в период 2000—2010 гг. были выше в странах с относительно крепкими системами первичной медико-санитарной помощи. Этот результат требует дальнейшего исследования.

#### 4.7 Выводы и наблюдения

*В целом* можно сделать следующие выводы:

- Важное наблюдение в ходе исследования систем здравоохранения в Европе — это их вариабельность. Системы здравоохранения имеют разные структуры и финансирование, а услуги предоставляются в различных условиях. Различия в роли первичной помощи — значимый аспект этой вариабельности.
- По всей видимости, крепкая система первичной помощи способствует достижению целей системы здравоохранения. Структура первичной помощи, а также доступ к ней, координация и комплексность — важнейшие аспекты первичной медико-санитарной помощи, снижающие число ненужных госпитализаций по поводу состояний, которые можно лечить в условиях первичной помощи. Здоровье населения лучше в странах с относительно более крепкой системой первичной помощи, чем в странах с относительно слабой системой первичной помощи.
- Кроме того, было установлено, что в странах с относительно крепкой системой первичной помощи ниже уровень социально-экономического неравенства при самооценке состояния здоровья.
- Устойчивость системы первичной помощи, тем не менее, не соответствовала оценке пациентами ее качества. В противоположность другим исследованиям мы установили, что страны с более крепкой структурой первичной помощи больше расходуют на здравоохранение в целом. Однако в странах с комплексной первичной помощью расходы на здравоохранение растут медленнее.

Касательно *структуры* первичной помощи можно сделать следующие выводы:

- Что касается управления здравоохранением, оказалось, что важные функции децентрализованы, и основное внимание уделялось регулированию непрерывного медицинского образования. Руководства для ВОП часто разрабатывались без их участия.



**Таблица 4.2** Корреляция показателей структуры и процесса первичной помощи с показателями результатов

РЕЗУЛЬТАТ	ПРОЦЕСС ПП				
	СТРУКТУРА ПП	Доступность	Непрерывность	Координация	Комплексность
Общие расходы на здравоохранение, 2009 г. (паритет покупательной способности (ППП) на душу населения, долл. США) <sup>а</sup>	-0,01	-0,01	0,08	0,11	0,22
% изменения общих расходов на здравоохранения, 2000–2009 гг., (ППП на душу населения, долл. США) <sup>а</sup>	0,04	0,02	0,12	-0,10	<b>-0,37</b>
% населения, определяющего качество работы семейных врачей как "хорошее", 2007 г. <sup>б</sup>	-0,05	-0,06	-0,04	-0,14	0,04
Кол-во госпитализаций по поводу астмы на 100 000 населения, 2007–2009 гг. <sup>в</sup>	-0,23	-0,13	0,05	-0,24	<b>-0,36</b>
Кол-во госпитализаций по поводу ХОБЛ на 100 000 населения, 2007–2009 гг. <sup>в</sup>	-0,15	-0,11	0,13	-0,28	-0,09
Кол-во госпитализаций по поводу диабета на 100 000 населения, 2007–2009 гг. <sup>в</sup>	-0,01	<b>-0,40</b>	-0,11	-0,10	0,25
Индекс ПГПЖ при диабете на 100 000 населения, 2005–2009 гг. <sup>г</sup>	0,07	0,16	0,12	-0,09	-0,02
Индекс ПГПЖ при ишемической болезни сердца на 100 000 населения, 2005–2009 гг. <sup>г</sup>	-0,27	-0,00	0,07	-0,25	<b>-0,52</b>
Индекс ПГПЖ при нарушении мозгового кровообращения на 100 000 населения, 2005–2009 гг. <sup>г</sup>	-0,21	0,20	0,17	-0,15	<b>-0,42</b>
Индекс ПГПЖ при бронхите, астме и эмфиземе легких на 100 000 населения, 2005–2009 гг. <sup>г</sup>	-0,23	0,08	0,05	<b>-0,43</b>	0,02
Индекс концентрации (очень) плохого состояния здоровья по собственной оценке, 2006 г. <sup>д</sup>	-0,27	-0,26	<b>-0,43</b>	0,05	-0,02
Индекс концентрации распространенности астмы, 2006 г. <sup>д</sup>	0,11	0,32	0,04	0,01	0,06
Индекс концентрации распространенности диабета, 2006 г. <sup>д</sup>	0,05	0,02	0,11	0,12	-0,01

*Примечания.* На схеме представлены результаты корреляционного анализа показателей исследования по Пирсону. Статистически значимые ( $p \leq 0,05$ ) коэффициенты корреляции Пирсона выделены **жирным шрифтом**. ХОБЛ - хроническая обструктивная болезнь легких; ПГПЖ - потерянные годы потенциальной жизни.

<sup>а</sup> В анализ включены данные для 31 участвующей европейской страны.

<sup>б</sup> В анализ включены данные для 27 стран, за исключением Исландии, Норвегии, Турции и Швейцарии (данные отсутствуют).

<sup>в</sup> В анализ по астме и ХОБЛ включены данные для 23 стран (за исключением Болгарии, Греции, Кипра, Литвы, Люксембурга, Румынии, Турции и Эстонии – данные отсутствуют); также из анализа по диабету исключены Венгрия, Словакия и Франция.

<sup>г</sup> В анализ по диабету, ишемической болезни сердца и нарушению мозгового кровообращения включены данные для 24 стран, за исключением Болгарии, Кипра, Латвии, Литвы, Мальты, Румынии и Турции; по бронхиту – данные для 23 стран, исключая также Швейцарию.

<sup>д</sup> В анализ включены данные для 27 стран, за исключением Исландии, Норвегии, Турции и Швейцарии.

Источник: Krings et al., 2013c.

- Что касается экономической ситуации, то разрыв между Востоком и Западом было заметно в расходах и доходах поставщиков медицинских услуг. В большинстве стран ВОП являются самозанятыми.

- Проблема развития трудовых ресурсов заключалась в старении медицинских работников. Планирование потребностей в трудовых ресурсах или прогнозирование кадровых ресурсов в большинстве стран не проводится. Медсестры первичной помощи гораздо менее организованны, чем врачи.

Касательно вопросов, связанных с *процессом* первичной помощи, выяснилось следующее:

- Процесс первичной помощи относительно хорошо развит в Дании, Испании и Соединенном Королевстве, но аспекты процесса были гораздо более неоднородными, чем аспекты структуры.
- Доступность снижалась из-за широко распространенного географического неравенства. Во многих странах пациенты должны оплачивать получение первичной помощи из собственных средств (особенно это касается назначенных лекарств). Возможность вызвать ВОП на дом сильно варьирует в разных странах. В нерабочее время доступность первичной помощи обычно была хуже, чем в рабочие часы.
- Во многих странах информационная непрерывность помощи недостаточно развита.
- Страны сильно различались по условиям для координации помощи, таким как регистрация пациентов у выбранного ими ВОП. Поскольку в сфере первичной помощи преобладает индивидуальная практика, во многих странах ВОП практикуют в рамках предприятий малого бизнеса.
- Диапазоны услуг, предоставляемых ВОП, различны. В странах, где ВОП выполняют диспетчерскую функцию, велика их роль как врача первого контакта. ВОП, ведущие индивидуальную практику, оказывают помощь в рамках последующего наблюдения в большем объеме, чем ВОП в групповой практике.

Наша попытка *объяснить эту вариабельность* привела к следующим наблюдениям:

- в западной Европе чаще встречаются относительно слабые системы первичной помощи:
  - ◇ в традиционных системах СМС (или в бисмарковской модели), таких, как в Бельгии, Франции и Германии;
  - ◇ где первичную помощь оказывают малые, преимущественно индивидуальные, врачебные практики;
  - ◇ где делается акцент на свободе выбора (как для пациентов, так и для врачей);
  - ◇ где потребность в помощи ограничена дополнительными платежами.

Следующие особенности национального контекста связаны с крепкой системой первичной помощи:

- *Бывшие коммунистические страны* демонстрируют самое значительное укрепление системы первичной помощи.
- Страны, ведущие *социал-демократическую политику*, с большей вероятностью имеют крепкие системы первичной помощи.

- Страны с высоким благосостоянием с большей вероятностью имеют более слабые системы первичной помощи.
- Устойчивость системы первичной помощи зависела от социальных ценностей, принятых в стране; например, ценности семейной помощи (уход детей за больными родителями) ассоциировались со слабыми системами первичной помощи.

## Библиография

Armington K et al. (2010). *Comparative political data set III 1990–2008*. Berne, Institute of Political Science, University of Berne.

Boerma WGW, Van der Zee J, Fleming DM (1997). Service profiles of general practitioners in Europe. *British Journal of General Practice*, 47:481–486.

European Observatory on Health Systems and Policies (accessed in 2011). Health System Profiles (HITs) publications.

Groenewegen PP, Delnoij DMJ (2003). De Nederlandse gezondheidszorg in Europees perspectief [The Dutch health care system in European perspective]. In: Aakster CW, Groothof JW (Eds), *Medische sociologie [Medical Sociology]*. Groningen/Houten, Wolters-Noordhoff:155–172.

Kringos DS et al. (2013a). The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *British Journal of General Practice*, 63(616):e742–e750(9).

Kringos DS et al. (2013b). Political, cultural and economic foundations of primary care in Europe. *Social Science & Medicine*, 99:9-17.

Kringos DS et al. (2013c). Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. *Health Affairs*, 32(4):686-694.

Pelone F et al. (2013). How to achieve an optimal organization of primary care services delivery at system level: lessons from Europe. *International Journal for Quality in Health Care*, 25(4):381-393.

Sciortino P (2002). A service profile of Maltese general practitioners. A provider survey of the general practice component of the Maltese health care system. Master's thesis, University of Malta, Guardamangia.

Sidel VW, Sidel R (1977). Primary health care in relation to socio-political structure. *Social Science & Medicine*, 11:415-419.

TNS Opinion & Social (2010). *Special Eurobarometer 340 Science and technology*. Brussels, European Commission.

TNS Opinion & Social & TNS (2007). *Special Eurobarometer 283 Health and long-term care in the European Union*. Brussels, European Commission.

WHO Regional Office for Europe (2011). European Health for All Database (HFA-DB) [offline database]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

World Values Survey Association (2009). *World Values Survey 1981–2008 official aggregate v.20090901*. Madrid, ASEP/JDS.

# Краткий обзор первичного звена помощи и задачи на будущее

*Wienke Boerma, Yann Bourgueil, Thomas Cartier, Toralf Hasvold,  
Allen Hutchinson, Dionne Kringos, Madelon Kroneman*

В заключительной главе материал предыдущих глав представлен в более широком контексте, а именно в общих чертах описано состояние первичной помощи в Европе в связи с текущими и будущими проблемами и с учетом уроков, извлеченных из сравнительной информации в этом томе.

Фактические данные исследования PHAMEU дополнили уже известные результаты международных исследований о преимуществах хорошо развитых систем первичной помощи с точки зрения лучшей координации и непрерывности оказания помощи, а также расширения возможностей для снижения затрат (Starfield, 1994; Delnoij et al., 2000; Shi et al., 2002; Macinko, Starfield & Shi, 2003). Ценность исследования PHAMEU заключалась в охвате большего числа европейских стран, а значит его результаты более надежны и актуальны для Европы.

Эта глава имеет следующую структуру. Во-первых, будет представлена оценка состояния первичной помощи в Европе по основным выводам и результатам углубленного анализа данных из исследования PHAMEU. Следующий раздел посвящен осмыслению результатов, а именно практическому применению фактических данных, программе инноваций в области первичной помощи, развитию ситуации с разделением между Восточной и Западной Европой, а также размышлениям о важнейших элементах первичной помощи, таких как доступность, равноправие, интеграция и сочетание профессиональных навыков. Еще один раздел посвящен будущему мониторингу первичной помощи, в частности тому, какие уроки можно извлечь из проекта PHAMEU. Наконец, будут сделаны выводы.

### 5.1 Первичное звено помощи в Европе сегодня

#### **Краткий обзор**

Обширный массив данных, собранных в ходе проекта PHAMEU, показал сложности и вариабельность первичной помощи в Европе. Были изучены аспекты структуры первичной помощи (включая политику, регулирование, финансирование и трудовые ресурсы), а также вопросы предоставления услуг (включая доступность, непрерывность и координацию оказания помощи, а также диапазон предоставляемых услуг). На основании различных показателей была дана общая оценка состояния первичной помощи в каждой стране. К странам, наиболее ориентированным на первичную помощь с точки зрения ее структуры и процесса, относились Соединенное Королевство, Ис-

пания, Дания, Нидерланды и Словения. На другом конце рейтинга находятся Кипр, Люксембург, Болгария, Мальта и Греция, где системы первичной помощи относительно слабые.

В предыдущих главах были представлены важные общие критерии для аспектов, показывающих состояние первичной помощи. Оказалось, что в Европе хорошо развито управление первичной помощью, но вопросы групповой работы и междисциплинарного сотрудничества решаются неудовлетворительно. Расходы на первичную помощь значительно различались между странами, хотя во многих странах эта категория расходов отдельно выделена не была. Характерной особенностью рабочей нагрузки является положение медсестер в сфере первичной помощи и роль врачей-специалистов в оказании услуг первичной помощи. Как результат, уровень оплаты труда ВОП ниже, чем у врачей-специалистов.

Доступность является важнейшей характеристикой первичной помощи. Доступ к услугам находится под угрозой в тех странах, где существует нехватка персонала. Чаще такое бывает в сельских районах, чем в городах, а в некоторых странах неравенство обусловлено географическими причинами. Первичная помощь в нерабочее время обычно означает предоставление услуг «вне общей практики», на большем расстоянии от места жительства пациента и силами других врачей. Готовность поставщиков услуг первичной помощи посещать пациентов на дому различается в разных странах, и это влияет на доступность услуг здравоохранения для пациентов, не имеющих возможности выходить из дома. Хотя, как правило, финансовые препятствия к посещению врачей общей практики незначительны, во многих странах пациенты должны оплачивать назначенные лекарства.

Система направления пациентов к специалистам, или «диспетчерская система», — это мощный согласованный механизм координации медицинской помощи, однако он действует в меньшей части стран. С целью содействия координации оказания помощи некоторые страны внедрили финансовые стимулы, действующие аналогично диспетчерской системе, как для ВОП, так и для пациентов. Затрудняет координацию фрагментированность системы первичной помощи в большинстве стран из-за преобладания индивидуальной врачебной практики. Кроме того, использованы не все возможности для налаживания сотрудничества с врачами-специалистами. Оказалось, что координация со службами общественного здравоохранения практически не развита.

Среди клинических задач ВОП обычно преобладают связанные с ведением заболеваний. Роль как врача первого контакта лучше развита в странах с диспетчерской системой. Наибольшие различия обнаружены в отношении медицинских процедур и малых хирургических вмешательств. В некоторых странах эти процедуры относятся к специализированной медицинской помощи, а не к общей практике. Среди услуг, предоставляемых на уровне первичной помощи, по-прежнему плохо развита систематическая профилактика. На основании имеющихся данных сложно делать выводы об эффективности и качестве предоставляемых услуг. Различия в рабочей нагрузке, очевидно, отражали различия в позиции ВОП, а также указывали на возможные большие различия в эффективности ведения практики. Отсутствие во многих странах важных данных о результативности первичной помощи может свидетельствовать о ее невысоком приоритете в контексте здравоохранения в целом.

### **Аналитические результаты**

По данным углубленного анализа РНАМЕУ, в странах с относительно крепкими системами первичной помощи, получившими более высокие результаты по оценкам РНАМЕУ, показатели здоровья населения лучше, социально-экономическое неравенство в отношении самооценки состояния здоровья меньше, а частота ненужных госпитализаций ниже. Однако в странах с более крепкими структурами первичной помощи выше и общие расходы на здравоохранение. Дальнейшие исследования должны уточнить, является ли крепкая система первичной помощи дорогостоящей сама по себе, или же повышенные расходы обусловлены другими факторами. Таким образом, в Европе все больше фактических данных о том, что крепкая система первичной помощи способствует достижению важных целей системы здравоохранения.

Кроме того, ориентация на первичную помощь в стране зависит от политического контекста, который также сильно влияет на установление приоритетов в вопросах здравоохранения. Более благополучные страны, как правило, имеют более слабую структуру первичной помощи и меньшую доступность услуг первичной помощи по сравнению с менее богатыми странами. Бывшие коммунистические страны Центральной и Восточной Европы использовали свой прирост национального дохода для улучшения доступности и непрерывности первичной помощи. Кроме того, было установлено, что политический ландшафт в стране связан с формой первичной помощи. В тех странах, где в последние десятилетия было преимущественно левое правительство, первичная помощь, как правило, отличается более крепкой структурой, а также лучшей доступностью и координацией.

Сниженные показатели доступности и непрерывности первичной помощи в странах с системой здравоохранения на основе социального страхования, в отличие от систем типа НСЗ, могут быть связаны с отсутствием диспетчерской системы и дополнительными платежами, которые более распространены в системах на основе СМС. Однако это не относится к бывшим коммунистическим странам. Для крепкой системы первичной помощи очень важно, чтобы пациент сам выбирал своего поставщика услуг медицинской помощи. В диспетчерских системах пациенты выбирают ВОП, у которого они будут зарегистрированы, и этот ВОП несет ответственность за доступ к специализированной помощи в случаях, не требующих экстренного вмешательства. Обычно пациенты один—два раза в год могут выбирать другого ВОП. В других системах здравоохранения пациенты в основном могут самостоятельно обратиться к любому врачу-специалисту. В этих странах задачи в сфере первичной помощи выполняют как ВОП, так и врачи-специалисты. Иногда эти врачи конкурируют друг с другом за пациентов. Отсюда следует, что ВОП в этих странах, как правило, не занимают центральную позицию, которая позволила бы им координировать оказание помощи, как это происходит в диспетчерских системах.

Результаты указывают на неравномерное развитие систем первичной помощи в странах Центральной и Восточной Европы и остальных странах Европы. В бывших коммунистических обществах с соответствующими системами здравоохранения отмечалось резкое неприятие чрезмерной централизации, когда особое внимание уделялось специализированной и больнич-

ной помощи, а первичная помощь не играла существенной роли в оказании медицинских услуг.

И еще одно важное наблюдение: системы здравоохранения в какой-то мере отражают национальный характер. Как представляется, социальные ценности, такие как акцент на государственной ответственности в вопросах социального обеспечения в противоположность индивидуальной, связаны с особенностями системы первичной помощи в стране.

### ***Изменения с течением времени***

Два исследования 1990-х годов помогли определить возможные изменения за последние десятилетия. В исследовании, выполненном Macinko и коллегами в 1995 г., была оценена устойчивость системы первичной помощи в 14 странах, входящих в ОЭСР. Хотя наши результаты не полностью сопоставимы с результатами этого исследования из-за иной методологии и того, что не все европейские страны входят в ОЭСР, можно заметить, что в 2009—2010 гг. устойчивость системы первичной помощи не изменилась в Греции, Дании, Испании, Италии, Нидерландах, Норвегии, Соединенном Королевстве и Швеции, тогда как в Бельгии, Германии, Португалии Финляндии, Франции и Швейцарии она усилилась. Более того, сравнение показывает, что страны Центральной и Восточной Европы улучшили первичную помощь с начала 1990-х годов, когда начались реформы здравоохранения. Во многих из этих стран была введена переподготовка врачей на ВОП и реализована диспетчерская система (Liseckiene et al., 2007).

Европейское исследование задач, стоящих перед общей практикой, (1993 г.) охватывало почти ту же группу стран и дало хороший материал для сравнения (Voerma & Fleming, 1998). Важным сравнительным показателем из этого исследования является роль ВОП в качестве врача первого контакта при нарушениях здоровья (см. рис. 5.1). Оказывается, страны, в которых ВОП играли самую важную роль в качестве врачей первого контакта в 1993 году, по-прежнему занимают первые места в рейтинге устойчивости системы первичной помощи (см. главу 4, рис. 4.1). Интересные изменения, по-видимому, имели место в странах, где эта роль ВОП была крайне незначительной в 1993 году, а именно в бывших коммунистических странах.

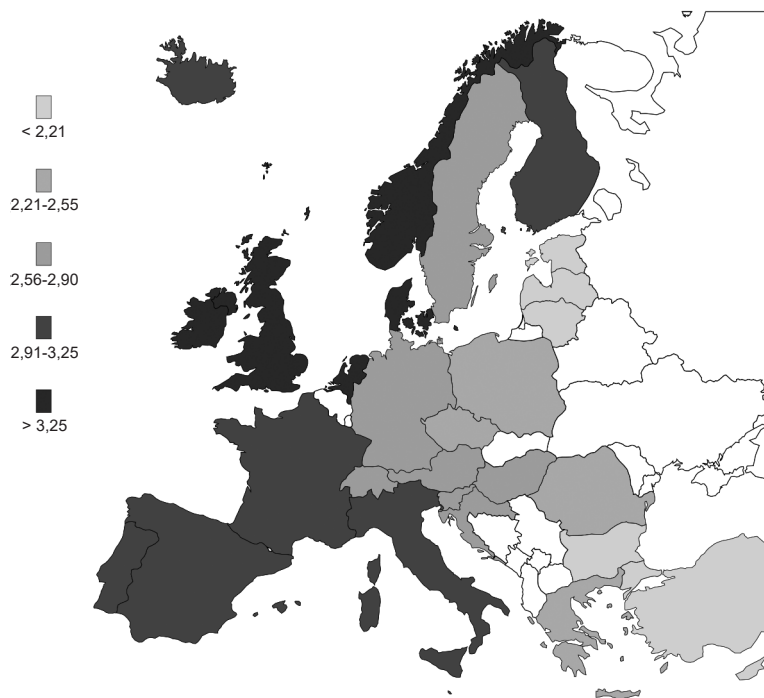
Среди этих стран значительные улучшения, по всей видимости, произошли в Литве и Эстонии, и в меньшей степени также в Румынии и Латвии. Сильное ухудшение, похоже, произошло в Ирландии, а также в Австрии. Страны, которые находились в нижней части рейтинга как в 1993 г., так и в 2010 г., — Болгария, Турция и Греция.

## **5.2 Возможные последствия**

### ***Применение фактических данных на практике***

Важные аспекты эффективных механизмов укрепления системы первичной помощи еще предстоит изучить, однако все более очевидно, что крепкие системы первичной помощи повышают эффективность системы здравоохранения в целом, за исключением того, что касается расходов. Это важный вывод для политиков Европы, которые стремятся к совершенствованию систем здравоохранения. Чтобы применить эти фактические данные на практике,

**Рисунок 5.1** Роль ВОП как врача первого контакта в Европе в 1993 г.; степень участия 1 (низкая) — 4 (высокая)



Источник: Воерма & Fleming, 1998.

нужны стратегии, акценты которых зависят от национального контекста здравоохранения и имеющихся ресурсов. Это исследование указало на различные факторы политики в области здравоохранения, включая экономическую ситуацию, национальный политический ландшафт, структуру системы здравоохранения и преобладающие жизненные позиции и убеждения среди населения. Тем не менее, результаты также указывают на проблемы, которые необходимо решить, если страны заинтересованы в дальнейшем развитии своей системы первичной помощи.

- *Общий урок* для политиков, извлеченный из этих фактических данных, заключается в том, что крепкая система первичной помощи имеет дополнительную ценность для здравоохранения в целом. Однако фактические данные также указывают на зависимость от контекста при попытке применить этот урок в конкретной стране. Действительно, страны могут учиться друг у друга тому, как развивать свою систему первичной помощи, но не путем копирования. То, что работает в одной стране, необязательно будет работать в другой. Чтобы применить зарубежный опыт, его нужно адаптировать, т.е. сделать эффективным и приемлемым, с учетом местного контекста.
- Из-за отсутствия четкой *государственной стратегии* будущего развития системы первичной помощи в нескольких странах отсутствует рамочная программа действий. Четкая центральная стратегия особенно важна,



так как в большинстве стран основные функции первичной помощи децентрализованы. Децентрализация может повысить оперативность первичной помощи на региональном или местном уровне, но при отсутствии центрального руководства возможно региональное неравенство в отношении доступности, финансирования и качества медицинской помощи.

- *Доступности и равноправия*, как основным особенностям любой системы первичной помощи, могут угрожать различные обстоятельства. На территориях ряда стран велик средний возраст ВОП, поэтому уже сейчас или в ближайшем будущем ожидается их нехватка. Как правило, нехватка трудовых ресурсов возникает в первую очередь в сельских районах, что создает проблемы доступа для местного населения. Другая проблема доступа возникает в странах с недостаточно организованной системой помощи в нерабочее время, когда кабинеты ВОП закрыты. Не все знают, куда обращаться с жалобами в нерабочее время. Не всегда удается получить надлежащую помощь. Далее, тенденция к росту потребности в помощи у лиц, не выходящих из дома, сталкивается с другой тенденцией — ВОП все реже посещают пациентов на дому. Все больше пациентов, не выходящих из дома, в странах, где ВОП не выполняют визиты на дом, испытывают трудности с доступом к медицинской помощи. Наконец, дополнительные платежи могут стать препятствием для доступа и угрожать ценовой доступности услуг, в частности для людей с низкими доходами. Самые высокие (официальные) платежи в государственной системе существуют в Ирландии.
- Серьезного внимания заслуживают *интеграция и координация*. Недостатки в области междисциплинарного сотрудничества и групповой работы — это не только пробел в политике здравоохранения, но и слабость процесса оказания услуг. Эта проблема не нова, но она обостряется в свете растущей комплексности услуг. Разрушение барьеров между медиками разных специальностей и уровнями помощи могло бы начаться с медицинского образования при финансовой стимуляции. Сотрудничество и координация между первичным и вторичным звеном медицинской помощи могут выиграть от создания программ многопрофильного профессионального образования, групповой работы и многопрофильной практики.
- Страны обязательно должны принимать надлежащие меры для решения проблемы *нехватки трудовых ресурсов*. Эти меры могут включать в себя стандартную систему планирования кадровых ресурсов, повышение (финансовой) привлекательности профессии и расширение возможностей для замещения функций (ОЭСР, 2010 г.).
- *Пациентов следует интегрировать* в системы здравоохранения, используя их потенциал самопомощи. Задача крепкой системы первичной помощи заключается в повышении удовлетворенности пациентов. Несмотря на преимущества крепкой системы первичной помощи в отношении сокращения затрат и состояния здоровья, удовлетворенность пациентов, по имеющимся данным, не повысилась.

### **Программа инноваций в сфере первичной помощи в будущем**

Исходя из проблем, стоящих перед сектором здравоохранения в настоящее время, и с учетом того, что система первичной помощи может предложить

для преодоления этих проблем, можно определить ряд конкретных задач на будущее в сфере первичной помощи, в том числе:

- развитие цепочек медицинской помощи, оказываемой в соответствии с научно обоснованными протоколами и руководствами, разработанными ВОП;
- интеграция услуг между первичным и вторичным звеном медицинской помощи и общественным здравоохранением;
- интеграция между сектором здравоохранения и социальными службами, в особенности оказывающими помощь на дому (актуальность этой проблемы недавно была подчеркнута в европейском исследовании, посвященном уходу на дому (Genet et al., 2012));
- систематические подходы к популяционной профилактике и санитарному просвещению должны быть включены в рутинные процедуры оказания услуг в рамках первичной помощи. Для этого нужно совершенствовать информационные системы и применять новые технологии подкрепления самоконтроля;
- новые сочетания профессиональных навыков, в частности новые функции медсестер в сфере первичной помощи;
- новая роль пациентов, участие пациентов в процессе принятия решений и расширение их прав и возможностей повышают эффективность профилактики и оказания помощи хронически больным людям;
- расширение ответственности за отдельные эпизоды оказания помощи пациентам с включением мер по укреплению здоровья и благосостояния сообщества.

Решение этих задач требует различных инноваций:

- Органы управления и регулирования должны поощрять сотрудничество между поставщиками медицинских услуг, содействовать расширению возможностей пациентов по налаживанию отношений с поставщиками, наметить цели и способствовать активному участию поставщиков услуг первичной помощи в укреплении здоровья и профилактике. Законодательные и регуляторные акты следует разрабатывать в контексте общей стратегии развития системы первичной помощи и ее положения в рамках общего медицинского обслуживания.
- Что касается финансирования, новые системы оплаты, включая стимулирование комплексного оказания помощи и ориентацию на местные сообщества, должны помочь в достижении новых целей политики.
- Сотрудничество и совместная работа должны стать первоочередной задачей при организации и предоставлении услуг. Координирующая функция ВОП будет все более значимой, и на всех уровнях медицинского обслуживания следует развивать более широкие сети ВОП, так называемые группы оказания помощи, чтобы успешнее справляться с множественными и хроническими заболеваниями. Необходимо устранить существующие препятствия, так чтобы (хронические) пациенты легко переходили от медицинского к социальному обслуживанию, а также от помощи в специализированных учреждениях к помощи на дому.

- Процесс оказания помощи следует переориентировать на пациента. Протоколы должны включать планы ведения пациентов, в том числе возможные потребности в связи с множественными заболеваниями. Планы индивидуальной помощи призваны помочь пациентам ориентироваться в сложной организации здравоохранения. Следует доработать системы ИКТ, позволяющие сделать процессы оказания помощи более персонализированными.

### 5.3 Первичное звено помощи в Европе: различия и сходство

Глобальный взгляд на европейские системы первичной помощи подчеркивает сходные и отличающиеся элементы. Несмотря на различные исторические корни и различные пути реформирования, европейские системы первичной помощи в значительной степени согласуются между собой. Основным элементом сходства является превосходство ВОП как ключевого звена при оказании первичной помощи, в том числе в качестве первой (хотя и не всегда единственной) точки контакта с системой здравоохранения; в качестве защитника медицинских интересов отдельных пациентов; а также координатора оказания помощи. Эти функции соответствуют определению, сформулированному WONCA Europe (Allen et al., 2011). Однако не во всех европейских странах используются все функции, входящие в это определение.

Второй сходный элемент — официальная приверженность всеобщему доступу к услугам первичной помощи. Это отличительная черта европейских систем первичной помощи: страны Европы стремятся сохранить низкий уровень дополнительных платежей в сфере первичной помощи, в частности, за посещение ВОП. Для лекарств, назначенных в системе первичной помощи, ситуация другая: в большинстве стран пациенты оплачивают назначенные лекарства. В тех случаях, когда требуется дополнительная оплата за услуги первичной помощи, многие страны создали механизмы защиты наименее благополучных групп населения. Этот вопрос приобретает особое значение в сегодняшней экономической ситуации, когда ресурсы сектора здравоохранения становятся все более скудными, а дополнительные платежи — все более распространенными.

#### **Отличающиеся элементы: три типа**

Различия между европейскими системами первичной помощи связаны с конкретными культурными и историческими особенностями каждой нации, оказавшими заметное влияние на системы здравоохранения. Эти различия европейских систем видны на примере трех типов организации первичной помощи (Bourgueil, Marek & Mousques, 2009):

- *В государственной иерархической нормативной модели* первичная помощь занимает центральное место в системе здравоохранения и управляется государством, а не специалистами. Действуют механизмы бесплатного обслуживания территорий учреждениями здравоохранения, которые регулируются децентрализованными органами власти, например в регионах, и состоят из многопрофильных групп штатных ВОП на окладе. Примерами могут служить Испания, Литва, Португалия, Финляндия и Швеция.

- В профессиональной иерархической диспетчерской модели ВОП являются ключевым элементом и, как правило, выполняют диспетчерские функции. Регулирование доступа к специализированной помощи менее строгое, чем в предыдущей модели. Специалисты первичной медицинской помощи также часто несут ответственность за управление ресурсами здравоохранения. Кроме того, система оплаты труда самозанятых медицинских работников, как правило, смешанного типа, включает подушевую и сдельную оплату. Преимущества общей практики общепризнанны благодаря высоким стандартам в области первичной помощи и сильным профессиональным ассоциациям. Примерами служат Дания, Нидерланды, Польша, Словения, Соединенное Королевство и Эстония.
- В свободной профессиональной неиерархической модели работники здравоохранения пытаются самостоятельно организовать оказание первичной помощи, по крайней мере без строгого регулирования со стороны государства или фонда медицинского страхования. Модель уделяет особое внимание свободе пациентов и медицинских работников, а это означает отсутствие списков пациентов или диспетчерской системы и статус самозанятости специалистов. Специалисты первичной помощи работают рядом друг с другом, но не в сотрудничестве. Многие специалисты также считаются работниками первичной помощи, а академический статус общей практики довольно низок. Примерами могут служить Австрия, Бельгия, Германия, Франция и Швейцария.

Не все страны четко вписываются в эту классификацию: например, Италия находится на границе между первыми двумя моделями, так как система первичной помощи в этой стране характеризуется децентрализацией обязанностей в области здравоохранения, твердой готовностью организовать первичную помощь на региональном уровне с использованием передовых стратегий управления ею, но при этом самозанятые врачи получают главным образом подушевую оплату, академический статус общей практики невысок, и нет практикующих медсестер.

Интерес представляет географическое распределение моделей. Северо-западная Европа (Скандинавия, Соединенное Королевство и Нидерланды) ориентирована на две первых модели, тогда как западно-центральная Европа, находящаяся под историческим и культурным влиянием Франции и Германии, отдает предпочтение свободной профессиональной модели (Австрия, Бельгия и Швейцария, наряду с Францией и Германией). Интересно также то, как бывшие страны восточного блока выбирали свою политику в области первичной помощи в последние 20 лет, ведь почти все они начинали с советской модели Семашко. Выбранные варианты значительно отличаются друг от друга.

## 5.4 Дополнительные наблюдения

### *Исчезновение разрыва между западом и востоком*

Учитывая историю слабо развитых систем первичной помощи в странах бывшего восточного блока, проведенное в главе 4 сравнение с данными 1993 года позволяет сделать важный вывод (Voerma & Fleming, 1998). Контраст между востоком и западом, наблюдавшийся ранее в характеристиках первичной помощи и роли поставщиков услуг первичной помощи, в настоящее

время едва заметен. Сейчас система первичной помощи в Румынии, Чехии и Польше крепче, чем в Австрии. Два прибалтийских государства, Эстония и Литва, даже вошли в число стран с более крепкими системами первичной помощи. В 1993 году в странах бывшего Советского Союза роль ВОП как врачей первого контакта была крайне ограниченной, особенно в странах Прибалтики, которые были частью Советского Союза до 1990 года. Важной движущей силой перемен в этих странах была настоятельная необходимость и политическая воля к фундаментальному разрыву с прошлым. Кроме того, присоединение к ЕС значительно ускорило процесс. Страны с таким же прошлым, как у Прибалтики, например Украина и Молдова, в настоящее время все еще далеки от уровня первичной помощи в странах бывшего восточного блока, которые присоединились к ЕС в 2004 году (Voerma et al., 2010, 2012).

### ***Диспетчерская функция***

Функции ВОП как диспетчеров для зарегистрированных пациентов — важный элемент крепкой системы первичной помощи. Однако в странах, где диспетчерская система не применяется, ее, по-видимому, воспринимают как неприемлемое ограничение свободы пациентов. Страны без диспетчерской системы пытались внедрить ее элементы, обычно на добровольной основе, в целях улучшения координации и снижения расходов на оказание услуг. Еще одним свидетельством того, что условия для координации и интеграции улучшаются недостаточно быстро, является продолжающееся доминирование индивидуальной практики в области первичной помощи. Однако для изменений нужна политическая воля. В политических документах междисциплинарное сотрудничество и комплексное оказание помощи не являются основными приоритетами.

### ***Новые сочетания профессиональных навыков***

Вследствие постепенного расширения пакета услуг на уровне первичной помощи, включая профилактику и комплексное оказание помощи пациентам с хроническими заболеваниями, существующие сочетания профессиональных навыков требуют пересмотра. Несмотря на то, что в области первичной помощи появляются новые профессии, такие как практикующие медсестры, можно ожидать большего от расширения сегодняшней роли медсестер. Во многих странах потенциал медсестер в области первичной помощи используется недостаточно. Расширение функций медсестер в сфере первичной помощи в нескольких странах ввиду необходимости оказывать больше комплексных услуг также будет иметь последствия для ведения практики.

### ***Исследования в области первичной помощи***

Во многих странах нет информации о важных показателях качества оказываемых услуг в сфере первичной помощи, их эффективности, направлении пациентов к специалистам и назначении лекарств, что затрудняет мониторинг. Отсутствие данных может указывать на низкий приоритет исследований в области здравоохранения и, как следствие, неадекватность процесса выработки стратегий на основе фактических данных. В Европе велик потенциал для исследования различных систем здравоохранения, чтобы страны могли повысить эффективность своих систем и улучшить результативность. Правительства и заинтересованные стороны могут научиться у других

стран, как справляться с общими проблемами. Хотя исследования в области здравоохранения имеют высокую значимость для Европы, в настоящее время им не уделяют достаточно внимания. Средства из бюджета Европейской комиссии на исследования в области здравоохранения в основном выделяют на исследования по биомедицине, фармацевтическим препаратам и медицинским технологиям (Walshe et al., 2013).

## 5.5 Варианты мониторинга первичной помощи

Основой для этой книги стало широкое внедрение Европейского мониторинга первичной помощи (European

Primary Care (PC) Monitor) (Мониторинга ПП). Вопрос заключается в том, содержит ли нынешняя структура Мониторинга ПП достаточно информации, полученной из экспертного консенсуса и обзора литературы по существующим концепциям в сфере первичной помощи, чтобы проверить готовность европейских стран решать будущие проблемы.

В будущем Мониторинг ПП может быть расширен с целью преодоления проблем, указанных во второй части этой главы:

- Приложения e-health помогут решить проблему нехватки работников первичной помощи в отдаленных районах. Также с их помощью пациенты, не имеющие возможности выходить из дома, смогут связаться со своим врачом, и визиты на дом не потребуются.
- Специализированные диагностические тесты, выполняемые непосредственно в кабинете врача общей практики, могут быть добавлены к текущему списку оборудования первичной помощи как показатель комплексности.
- Ввиду обостряющейся проблемы с миграцией персонала первичной помощи, этот вопрос можно включить в политику регулирования в разделе «Управление» Мониторинга, а воздействие миграции на рабочие кадры — в раздел «Развитие трудовых ресурсов».
- Мониторинг призван следить за изменением характера предоставления услуг в сфере первичной помощи Европы. Речь идет о включении вопросов об услугах, которые в настоящее время редко предлагаются в рамках первичной помощи или еще только будут разработаны. Можно собрать больше данных о систематической профилактике и способах расширения возможностей пациентов по самопомощи, а также о получении и использовании пациентами собственных медицинских записей и медицинской информации.

Сведения о потенциальных проблемах способствуют появлению новых показателей в контексте нескольких измерений для охвата всех аспектов. Например, по поводу последствий старения населения можно собрать следующую информацию:

- о подходах к проблеме старения и ведении хронических и множественных заболеваний в системе здравоохранения на национальном и местном уровне, а также на уровне мерполитики и оказания помощи;
- о наличии конкретных руководств по лечению хронических и множественных заболеваний на уровне первичной помощи.

Комплексная медицинская помощь становится важной задачей, особенно для хронических состояний. Можно добавить вопросы по финансовым схемам и сотрудничеству с системой вторичной помощи.

### **Уравновешивание результатов Мониторинга ПП в Европе**

Сильной стороной Мониторинга ПП является то, что он основан на хорошо известных схемах для анализа системы здравоохранения (таких как метод «структура-процесс-результат») и исследованиях в области первичной помощи. Основным структурным элементом при его разработке послужил систематический обзор литературы по первичной медико-санитарной помощи, создавший научную доказательную базу по важности функций первичной помощи. По результатам были определены ключевые аспекты первичной помощи, показатели для их измерения и система баллов для оценки устойчивости системы первичной помощи.

При использовании Мониторинга также наблюдаются трудности. Например, для сравнения систем здравоохранения в разных странах требуется учитывать культурные различия между ними. Углубленный анализ указал на различные представления о хорошей системе здравоохранения и различные ценности в обществе в целом, из-за чего организация системы здравоохранения может быть различной. Эта инерция развития затрудняет оценку и внедрение передовой практики.

Уже было упомянуто такое ограничение, как доступность данных. Хотя нам удалось собрать довольно полный набор данных по первичной помощи для всех стран, включенных в исследование, но не все страны смогли предоставить данные по каждому показателю. Доступность данных в разных странах по показателям процесса варьирует сильнее, чем по структурным показателям. В большинстве стран мало сведений о показателях результативности первичной помощи, таких как качество и эффективность помощи. Выявленные пробелы в имеющихся данных, по всей видимости, отражают относительно низкий приоритет и низкий уровень развития системы первичной помощи в соответствующих странах.

Мониторинг ПП дает подробный, но не исчерпывающий обзор основных элементов первичной помощи. Используя количественные и качественные показатели, мы смогли оценить разнообразные сочетания аспектов, связанных со структурой, организацией и работой системы первичной помощи. Однако аспекты результатов ограничены. В настоящее время используются такие аспекты, как качество и эффективность помощи, каждый из которых имеет ограниченный набор показателей в связи со слабой доказательной базой их пригодности для оценки результативности первичной помощи. Кроме того, важным результатом работы системы здравоохранения является равноправие в отношении здоровья, которое не может быть представлено в проекте Мониторинга ПП из-за отсутствия подходящих показателей. Тем не менее, аспекты, которые влияют на равноправие в использовании услуг первичной помощи, включены в Мониторинг ПП. Обычно применяемые показатели структуры и процесса в отношении неравенства в доступе и использовании первичной медицинской помощи были интегрированы в несколько аспектов.

Например, с обеспечением равенства связаны и политика равноправия в отношении доступа (управление), и охват первичной помощью (экономическая ситуация), и географическая доступность услуг первичной помощи (доступ), а также ценовая доступность услуг первичной помощи (доступ).

Еще одна сильная сторона Мониторинга ГПП заключается в том, что он применим к различным типам систем первичной помощи по всей Европе. По практическим соображениям (таким как доступность данных) значительное количество показателей (например, для оценки комплексности первичной помощи) по-прежнему сосредоточено на ВОП. Это неудивительно, если учесть, что только ВОП являются поставщиками услуг первичной помощи в каждой из 31 изученной европейской страны, что облегчает сравнения между странами. Тем не менее, это ограничивает применимость некоторых данных Мониторинга ГПП, учитывая множество других специалистов, занимающихся оказанием первичной медицинской помощи.

### ***Мониторинг политики в области здравоохранения***

#### *Политика, основанная на фактических данных*

Если лица, формирующие политику, будут применять инструмент мониторинга первичной помощи на регулярной основе, они смогут лучше оценить влияние своей политики на первичную помощь и развитие аспектов первичной помощи. Мониторинг ГПП представляет собой надежный инструмент для сопоставления эффективности первичной помощи, а также для ее оценки в контексте целей политики. Создав основу для рутинного сбора данных, Мониторинг ГПП мог бы удовлетворить потребности различных групп заинтересованных сторон в получении надежной и сопоставимой информации. Мониторинг даст европейским и национальным административным органам возможность всестороннего сравнения стратегий и моделей оказания первичной помощи.

ОЭСР включила небольшую выборку показателей первичной помощи из Мониторинга ГПП в свой Обзор характеристик систем здравоохранения второй волны. Сбор этих данных может стать шагом вперед на пути к более упорядоченной европейской информационной базе по первичной медико-санитарной помощи. Такая более общая оценка могла бы стать хорошей отправной точкой для стран в сопоставлении результатов оценки аспектов первичной помощи и выборе характеристик, требующих дальнейшего углубленного анализа на национальном уровне, для которого могут использоваться показатели Мониторинга ГПП.

#### *Информационная инфраструктура*

Еще один вопрос касается совершенствования информационной инфраструктуры первичной помощи. Степень доступности и качество данных по первичной помощи отражают потенциальную способность страны оценить и контролировать состояние системы первичной помощи, выявлять области, требующие улучшения, и быть подотчетными и прозрачными в отношении работы системы. Почти во всех странах нет качественной информации по аспектам комплексности услуг системы первичной помощи. Если лица, формирующие политику, и международные организации здравоохранения продолжат отводить первичной помощи ведущую роль в достижении резуль-



татов системы здравоохранения, появится настоятельная необходимость вкладывать больше средств в совершенствование информационной инфраструктуры первичной помощи как на национальном, так и на международном уровне.

Международные организации, которые в настоящее время вкладывают средства в обзоры систем здравоохранения, также должны уделять больше внимания включению в них основной информации о первичной помощи. Целесообразно увеличить инвестиции в сбор сопоставимой информации о важнейших характеристиках первичной помощи. Например, было бы полезно включить информацию обо всех аспектах первичной помощи в текущие публикации «Системы здравоохранения в переходный период» Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, а также в Мониторинг систем и политики здравоохранения.

## 5.6 Заключение

Исследование PHAMEU дало более глубокое понимание различий и сходств между национальными системами первичной помощи в Европе. Важнейшее сходство между странами — всеобщий охват первичной помощью почти повсеместно, а также статус ВОП как признанного ключевого элемента системы первичной помощи. Отличающиеся элементы можно классифицировать по относительной роли государства и представителей тех или иных медицинских профессий. Независимо от модели оказания услуг, первичная помощь в настоящее время сталкивается с проблемами в связи с изменением спроса со стороны населения, предложения со стороны трудовых ресурсов, а также финансовых и технологических перемен. Системы здравоохранения должны будут адаптироваться к проблемам множественных заболеваний в группах стареющего населения, распространению неинфекционных заболеваний, для борьбы с которыми необходимы новые стратегии, проблемам устойчивости и финансовым ограничениям, а также к сокращению трудовых ресурсов. Хорошо организованная и крепкая система первичной помощи может сыграть важную роль в успешном решении этих проблем при активном участии пациентов. Однако следует подчеркнуть, что стратегии развития системы первичной помощи во многом зависят от стран, поскольку национальный, социальный и политический контекст и история здравоохранения оказывают сильное влияние на организацию медицинской помощи. Хотя все больше стран признают необходимость дальнейшего укрепления своих систем первичной помощи, информация, полученная с помощью Мониторинга ГП, показала значительные расхождения между этим идеалом и реальным положением дел в странах Европы.

## Библиография

- Allen J et al. (2011). *The European definition of general practice / family medicine*. WONCA (<http://www.woncaeurope.org/content/european-definition-general-practice-family-medicine-edition-2011>, по состоянию на апрель 2018).
- Boerma GW, Fleming DM (1998). *The role of general practice in primary health care*. Copenhagen, The Stationery Office, on behalf of the WHO Regional Office for Europe.
- Boerma GW et al. (2010). *Evaluation of the organization and provision of primary care in Ukraine. A survey-based project*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

## 122 Организация первичной помощи в условиях меняющейся Европы

Boerma GW et al. (2012). *Evaluation of the organization and provision of primary care in Moldova. A survey-based project*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

Bourgueil Y, Marek A, Mousques J (2009). *Three models of primary care organization in Europe, Canada, Australia and New Zealand*. Paris, IRDES (Questions d'économie de la Santé, 141).

Delnoij D et al. (2000). Does general practitioner gatekeeping curb health care expenditure? *Journal of Health Service Research Policy*, 5:22–26.

Genet N et al., eds. (2012). *Home care across Europe: current structure and future challenges*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

Liseckiene I et al. (2007). Primary care in a postcommunist country 10 years later: comparison of service profiles of Lithuanian primary care physicians in 1994 and GPs in 2004. *Health Policy*, 83(1):105-113.

Macinko J, Starfield B, Shi L (2003). The contribution of primary care systems to health outcomes within Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), 1970–1998. *Health Service Research*, 38:831–865.

OECD (2010). *International migration of health workers, policy brief*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development (<http://www.oecd.org/dataoecd/8/1/44783473.pdf>, accessed February 2014).

Shi L et al. (2002). Primary care, self-rated health, and reductions in social disparities in health. *Health Service Research*, 37:529-550.

Starfield B (1994). Is primary care essential? *The Lancet*, 344:1129-1133.

Walshe K et al. (2013). Health systems and policy research in Europe: Horizon 2020. *The Lancet*, 382:668-669.

# Приложение I

## Мониторинг первичной помощи в Европе (The European Primary Care Monitor)

Характеристика	Название показателя	Показатель	Дополнительный информационный элемент
УПР1. Цели первичной помощи	Цели первичной помощи	УПР1.1 Были ли опубликованы политические документы (правительством или важными заинтересованными сторонами), которые отражают четкое видение сегодняшней и будущей системы ПП (например, в течение следующих пяти лет)? [Да/Нет]	УПР1.1а Если «Да»: В каком году? Что из этого следует? Каков статус этих документов (например, политический документ, закон, официальное политическое заявление)? Кто представляет заинтересованные стороны?
УПР2. Политика в отношении равенства в доступе	Политика в отношении распределения человеческих ресурсов	УПР2.1 Существует ли четкая правительственная политика, позволяющая более равномерно регулировать распределение поставщиков и учреждений ПП? [Да/Нет]	УПР2.1а Если «Да»: Пожалуйста, опишите суть этих мер по обеспечению равенства (например, они могут быть сосредоточены на улучшении условий труда или на обязанности молодых врачей работать в сельских районах).
УПР3. (Де) централизация управления системой ПП и развитие услуг	ПП в системе министерства здравоохранения	УПР3.1 Имеет ли ПП собственный отдел или подразделение в министерстве здравоохранения? [Да/Нет]	УПР3.1а Имеет ли ПП бюджет, отдельный от других секторов, таких как специализированная помощь? [Да/Нет] Если «Да», пожалуйста, поясните, на каком уровне устанавливается этот бюджет (например, национальный, региональный).
	Разработка политики в области ПП на региональном или местном уровне	УПР3.2 Была ли передана ответственность за оказание ПП на региональный или местный уровень? [Да/Нет]	УПР3.2а Если «Да», пожалуйста, поясните, какие обязанности были переданы и на какой уровень (например, установление приоритетов, аспекты предоставления услуг).
	Участие заинтересованных сторон в разработке политики в области ПП	УПР3.3 Участвуют ли заинтересованные организации в разработке политики в области ПП (например, компании медицинского страхования, медицинские работники либо представители пациентов или потребителей)? [Да/Нет]	УПР3.3а Если «Да», пожалуйста, поясните, каким образом они участвуют в разработке политики в области ПП (например, посредством регулярных официальных консультаций или периодически и неофициально).
	(Де) централизация предоставления услуг ПП	УПР3.4 Организовано ли влияние местного сообщества на предоставление услуг ПП на национальном или региональном уровне? [не применимо, не используется/ да, на национальном уровне/ да, в некоторых регионах/ да, периодически на местном уровне]	УПР3.4а Если «Да», какая из следующих форм применяется: 1. Посредством принадлежности учреждений ПП органам власти: а) государственным; б) региональным; в) местным 2. (Добровольные) консультации пациентов с учреждениями ПП 3. Местные/региональные/национальные опросы об уровне удовлетворенности ПП 4. Работа на общественных началах в учреждениях ПП 5. Другое [Укажите] ...

Характеристика	Название показателя	Показатель	Дополнительный информационный элемент
УПР4. Инфраструктура управления качеством ПП	Координация управления качеством	УПР4.1 Существует ли государственная инспекция здравоохранения, имеет ли она специальное подразделение для ПП? [Да/Нет/Не применимо]	–
	Сертификация поставщиков медицинских услуг	УПР4.2 Существуют ли официальные требования к врачам (таким как ВОП/семейные врачи), позволяющие им работать в сфере ПП? [Да/Нет]	УПР4.2а Если «Да», каковы обязательные профессиональные требования для врачей, позволяющие работать в сфере ПП? (например, наличие последипломной специализации или обязательное повышение медицинской квалификации). Пожалуйста, укажите для ВОП/семейных врачей и других специалистов, работающих в сфере ПП.
	Лицензирование учреждений	УПР4.3 Существуют ли официальные требования для получения разрешения на работу для практик или учреждений ПП? [Да/Нет]	УПР4.3а Если «Да»: Каковы официальные требования для получения разрешения на работу для практик или учреждений ПП?
			УПР4.3б Пожалуйста, укажите важные механизмы добровольного поддержания и улучшения качества медицинской помощи (например, клинические руководства, механизмы добровольной экспертной оценки).
	Разработка клинических руководств	УПР4.4 Создавались ли клинические руководства, основанные на фактических данных, специально для ВОП? [Да/Нет]	УПР4.4а Если «Да»: Каким образом обычно создаются подобные руководства? 1. Публикуются национальным органом, таким как министерство здравоохранения [да/нет] 2. Публикуются коллегией или ассоциацией ВОП [да/нет] 3. Адаптированные зарубежные руководства [да/нет] 4. Разрабатываются медицинскими специалистами [да/нет] 5. Другое ... [укажите]
УПР5. Защита интересов пациента	Права пациента	УПР5.1 Введены ли какие-либо законы/правовые нормы, касающиеся прав пациентов в системе ПП? 1. Информированное согласие [Да/Нет] 2. Доступ пациента к собственной медицинской документации [Да/Нет] 3. Конфиденциальное использование медицинских записей [Да/Нет] 4. Наличие процедуры обработки жалоб пациентов в учреждениях ПП [Да/Нет]	–
УПР6. Междисциплинарное сотрудничество	Междисциплинарное сотрудничество	УПР6.1 Предусмотрена ли правительственная политика в отношении сотрудничества или интеграции служб ПП в законодательном или политическом документе? [Да/Нет/Не применимо, поскольку такая политика отсутствует]	УПР6.1а Если «Да», какова суть этой политики, и на каких поставщиков ПП она нацелена?
ЭКО1. Расходы на первичную помощь	Общие расходы на ПП	ЭКО1.1 Общие расходы на ПП в % от общих расходов на здравоохранение.	–

Характеристика	Название показателя	Показатель	Дополнительный информационный элемент
	Расходы на профилактику и общественное здравоохранение	ЭКО1.2 Общие расходы на профилактику и общественное здравоохранение в % от общих расходов на здравоохранение.	–
ЭКО2. Охват первичной помощью	Общий охват ПП	ЭКО2.1 % населения, полностью охваченного ПП или застрахованного от расходов на ПП	–
	Охват услугами ВОП	ЭКО2.2 % населения, охваченного услугами ВОП или застрахованного от расходов на услуги ВОП (в офисе или на дому).	ЭКО2.2а Если применяются дополнительные платежи, пожалуйста, укажите их объемы.
	Охват назначением лекарственных препаратов	ЭКО2.3 % населения, охваченного назначением лекарств в первичной помощи/ВОП или застрахованного от расходов на эти лекарства.	ЭКО2.3а Если применяются дополнительные платежи, пожалуйста, укажите их объемы.
	Незастрахованное население	ЭКО2.4 % населения, не застрахованного от расходов на медицинскую помощь (можно привести примерные цифры).	–
	Охват социальным страхованием амбулаторной медицинской помощи	ЭКО2.5 Охват социальным страхованием амбулаторной медицинской помощи (% населения).	–
ЭКО3. Статус занятости рабочих кадров ПП	Статус занятости ВОП	ЭКО3.1 % ВОП, которые: 1а. получают зарплату от национальных, региональных или местных властей; 1б. получают зарплату от других врачей; 2а. самозанятые, имеют контракты с фондами медицинского страхования или органами здравоохранения; 2б. самозанятые, без контрактов (получают оплату из собственных средств пациентов); 3. Другой вариант.	–
ЭКО4. Система оплаты труда рабочих кадров ПП	Система оплаты труда ВОП, получающих зарплату	ЭКО4.1 Как оплачивается труд ВОП, получающих зарплату: 1. Фиксированная зарплата; 2. Зарплата зависит от количества обслуживаемых пациентов; 3. Зарплата зависит как от количества обслуживаемых пациентов, так и от показателей эффективности.	ЭКО4.1а Если их зарплата зависит от эффективности, пожалуйста, поясните, какие элементы учитываются.
	Система вознаграждения для самозанятых ВОП	ЭКО4.1 Как оплачивается труд самозанятых ВОП? 1. Сдельная оплата труда; 2. Подушевая оплата; 3. Сочетание подушевой и сдельной оплаты. 4. Сочетание подушевой и сдельной оплаты и других специальных компонентов (например, бонусы за работу в неблагополучных районах и т.п.).	ЭКО4.2а Если они получают оплату, состоящую из других компонентов, помимо подушевой или сдельной оплаты, пожалуйста, поясните, с какими целями или ситуациями это связано.
ЭКО5. Доходы рабочих кадров ПП	Доходы ВОП	ЭКО5.1 Каков (оценочный) валовой годовой доход (в евро) ВОП в середине карьеры (около 10 лет опыта и средний размер практики)?	ЭКО5.1а Включает ли этот доход расходы на ведение практики (помещения, оборудование, уход, наемный персонал)?

Характеристика	Название показателя	Показатель	Дополнительный информационный элемент
РТР1. Характеристика рабочих кадров ПП	Тип специалистов ПП	РТР1.1 К каким из следующих специалистов в области медицины, фельдшерского и сестринского дела люди имеют прямой доступ (без направления или вмешательства другого поставщика медицинских услуг)? Пожалуйста, отметьте в списке и добавьте специальности, если применимо. Также укажите для каждого специалиста, работает ли он только в ПП или помимо этого оказывает услуги по направлению (например, в другом учреждении, таком как больница): - ВОП/семейный врач - Акушер/гинеколог - Педиатр - Терапевт - Офтальмолог - ЛОР - Кардиолог - Невропатолог - Хирург - Медсестра первичной помощи/общей практики - Специализированная медсестра (например, по диабету) - Медсестра по уходу на дому - Физиотерапевт (амбулаторный) - Акушерка (амбулаторная) - Трудотерапевт - Логопед - Стоматолог - Другое, а именно ...	–
	Возрастной состав ВОП	РТР1.2 Средний возраст практикующих ВОП.	РТР1.2а Каков возрастной состав практикующих ВОП? Пожалуйста, укажите в %, сколько ВОП: <35 лет; 35–45 лет; 45–55 лет; 55+ лет.
	Рабочая нагрузка ВОП	РТР1.3 Среднее количество рабочих часов в неделю у ВОП (включая время, потраченное на планерки и административные вопросы; исключая время, проведенное на вызовах по вечерам, в выходные, и т.п.).	–
РТР2. Статус и обязанности специалистов ПП	Статус и обязанности ВОП	РТР2.1 Описаны ли задачи/обязанности ВОП или семейных врачей в законодательном или политическом документе? [Да/Нет]	РТР2.1а Если «Да», пожалуйста, укажите название документа, кем выпущен и дату выпуска.

Характеристика	Название показателя	Показатель	Дополнительный информационный элемент
	Финансовый статус ВОП в сравнении с врачом-специалистом	<p>РТР2.2 Как соотносится валовой годовой доход (в евро) ВОП в середине карьеры (около 10 лет опыта и средний размер практики) с валовым годовым доходом следующих специалистов в области медицины, фельдшерского и сестринского дела того же возраста? Пожалуйста, оцените доход ВОП в сравнении со следующими специалистами:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Акушер/гинеколог</li> <li>- Педиатр</li> <li>- Терапевт</li> <li>- Офтальмолог</li> <li>- ЛОР</li> <li>- Кардиолог</li> <li>- Невропатолог</li> <li>- Хирург</li> <li>- Медсестра первичной помощи/общей практики</li> <li>- Специализированная медсестра (например, по диабету)</li> <li>- Медсестра по уходу на дому</li> <li>- Физиотерапевт (амбулаторный)</li> <li>- Акушерка (амбулаторная)</li> <li>- Трудотерапевт</li> <li>- Логопед</li> <li>- Стоматолог</li> </ul>	[Значительно ниже/ ниже/ равен/ выше/ значительно выше]
	Привлекательность семейной медицины для студентов-медиков	<p>РТР2.3 Какой % всех выпускников медицинских вузов выбирают специализацию в области семейной медицины (в течение одного года после выпуска)? (Укажите самый последний год, для которого есть данные) [...%, соответствующий год ...]</p>	
РТР3. Кадровое обеспечение и планирование в системе ПП	Развитие кадрового обеспечения	<p>РТР3.1 Укажите % изменения кадрового обеспечения, насколько (общее количество) число специалистов в области медицины, фельдшерского и сестринского дела, к которым пациенты имеют прямой доступ, увеличилось [+ ...%] или уменьшилось [- ...%] за последний доступный пятилетний период. Укажите также соответствующие годы [Годы ...-...]:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ВОП/семейный врач</li> <li>- Акушер/гинеколог</li> <li>- Педиатр</li> <li>- Терапевт</li> <li>- Офтальмолог</li> <li>- ЛОР</li> <li>- Кардиолог</li> <li>- Невропатолог</li> <li>- Хирург</li> <li>- Медсестра первичной помощи/общей практики</li> <li>- Специализированная медсестра (например, по диабету)</li> <li>- Медсестра по уходу на дому</li> <li>- Физиотерапевт (амбулаторный)</li> <li>- Акушерка (амбулаторная)</li> <li>- Трудотерапевт</li> <li>- Логопед</li> <li>- Стоматолог</li> <li>- Другое, а именно ...</li> </ul>	—
	Соотношение ВОП и врачей-специалистов	<p>РТР3.2 Общее количество работающих ВОП по отношению к общему количеству работающих врачей-специалистов.</p>	—

Характеристика	Название показателя	Показатель	Дополнительный информационный элемент
	Планирование трудовых ресурсов	РТР3.3 Доступны ли данные, полученные в результате исследований потребностей системы ПП в трудовых ресурсах и их развития в будущем? [Да/Нет]	РТР3.3а Если «Да», для каких специальностей ПП и каковая последняя дата публикации?
РТР4. Академический статус ПП	Академический статус СМ/общей практики	РТР4.1 % медицинских институтов (или университетов с медицинским факультетом), имеющих программу специализации по семейной медицине.	РТР4.1а В каком году была впервые введена программа специализации по семейной медицине?
	Образование в области СМ/общей практики	РТР4.2 Входит ли семейная медицина в учебную программу бакалавриата? [Да/Нет]	РТР4.1б Сколько кафедр семейной медицины в медицинских институтах (или университетах, имеющих медицинский факультет) в этой стране?
	Образование медсестер в области ПП	РТР4.3 Существует ли профессиональная подготовка специально для: - участковых или патронажных медсестер? [Да/Нет] - медсестер ПП/общей практики? [Да/Нет]	РТР4.2а Какова длительность последипломной программы по семейной медицине в этой стране, и сколько месяцев практиканты работают в сфере ПП?
РТР5. Медицинские ассоциации	Профессиональные ассоциации ВОП	РТР5.1 Есть ли в этой стране национальные ассоциации или коллегии ВОП? [Да/Нет]	РТР4.3а Если «Да», какова ее продолжительность?
	Профессиональный журнал для ВОП	РТР5.2 Выходит ли в этой стране журнал по семейной медицине/ общей практике? [Да/Нет]	РТР5.1а Если «Да», укажите название (названия), количество ВОП, которые являются членами, и уточните, какую деятельность осуществляет ассоциация/организация: 1. Защита финансовых/материальных интересов; 2. Профессиональное развитие (например, разработка руководств); 3. Образование; 4. Научная деятельность.
	Профессиональная ассоциация медсестер ПП	РТР5.3 Есть ли в этой стране национальные ассоциации или организации медсестер ПП? [Да/Нет]	РТР5.2а Пожалуйста, укажите его название, сколько раз в год выходит и количество подписчиков. Также охарактеризуйте содержание для каждого журнала [в первую очередь; около 50/50; незначительно]: новости; мнения; научно-популярные статьи; научные статьи (рецензируемые; с аннотациями на английском языке).
	Профессиональный журнал по сестринскому делу в области ПП	РТР5.4 Выходит ли в этой стране профессиональный журнал по сестринскому делу в области ПП? [Да/Нет]	РТР5.3а Если «Да», укажите название (названия), количество медсестер, которые являются членами, и уточните, какую деятельность осуществляет ассоциация/организация: 1. Защита финансовых/материальных интересов; 2. Профессиональное развитие (например, разработка руководств); 3. Образование; 4. Научная деятельность.
	Профессиональный журнал по сестринскому делу в области ПП	РТР5.4а Выходит ли в этой стране профессиональный журнал по сестринскому делу в области ПП? [Да/Нет]	РТР5.4а Пожалуйста, укажите его название, сколько раз в год выходит и количество подписчиков.



Характеристика	Название показателя	Показатель	Дополнительный информационный элемент
ДОС1. Национальная доступность услуг ПП	Плотность имеющихся трудовых ресурсов ПП	ДОС1.1 Пожалуйста, укажите общее количество специалистов в области медицины, фельдшерского и сестринского дела на 100 000 населения, к которым пациенты имеют прямой доступ: - ВОП/семейный врач: ... - Акушер/гинеколог: ... - Педиатр: ... - Терапевт: ... - Офтальмолог: ... - ЛОР: ... - Кардиолог: ... - Хирург: ... - Невропатолог: ... - Медсестра первичной помощи/общей практики: ... - Специализированная медсестра (например, по диабету): ... - Медсестра по уходу на дому: ... - Физиотерапевт (амбулаторный): ... - Акушерка (амбулаторная): ... - Трудотерапевт: ... - Логопед: ... - Стоматолог: ... - Другое, а именно:	
ДОС2. Географическая доступность услуг ПП	Доступность ВОП по регионам	ДОС2.1 Разница между регионами, провинциями или штатами в отношении самой высокой и самой низкой плотности ВОП (на 100 000 населения).	ДОС2.1а Доступность ВОП по регионам, провинциям или штатам на 100 000 населения.
	Доступность ВОП в городской-сельской местности	ДОС2.2 Разница между средней городской плотностью ВОП (на 100 000 населения) и средней плотностью ВОП в сельской местности.	–
	Нехватка ВОП	ДОС2.3 Есть ли (региональная или национальная) нехватка ВОП относительно обычных национальных норм?	[Нет/ Есть в некоторых регионах/ Умеренная нехватка по всей стране/ Серьезная нехватка по всей стране/ Не применимо, так как нормы отсутствуют]
	Нехватка фармацевтов в местных сообществах	ДОС2.4 Есть ли проблемы с доступностью медикаментов в сельских регионах из-за отсутствия аптек? [Да/Нет]	–
ДОС3. Аккомодация доступности	Часы работы	ДОС3.1 Существуют ли минимальные нормы рабочего времени для кабинетов ВОП или центров ПП?	ДОС3.1а Если «Да», сколько часов или дней?
	Визиты на дом	ДОС3.2 Среднее количество визитов на дом в неделю на одного ВОП.	–
	Организационные механизмы доступа	ДОС3.3 В какой степени следующие организационные механизмы обычно присутствуют в общей практике или в центрах ПП? [(почти) всегда/ как правило/ периодически/ редко или никогда]: 1. Телефонные консультации; 2. Консультации по электронной почте; 3. У врачебной практики есть веб-сайт; 4. Предоставление специальных занятий или клиник для определенных групп пациентов (например, больные диабетом, беременные женщины, пациенты с гипертонией, и т.д.) 5. Система записи на прием для большинства обслуживаемых пациентов.	–

Характеристика	Название показателя	Показатель	Дополнительный информационный элемент
	ПП в нерабочее время	<p>ДОС3.4 В какой степени обычно используются следующие модели предоставления ПП в нерабочее время? [(почти) всегда/ как правило/ периодически/ редко или никогда]: 1. Услуги, оказываемые на базе практики: ВОП из одной врачебной практики или организованные в группу практик, обслуживают своих пациентов в нерабочее время; 2. Кооперативы ПП: ВОП в регионе из нескольких групп, с помощью дополнительного персонала предоставляют ПП в нерабочее время, по большей части в составе некоммерческих крупных организаций, в том числе проводят телефонную сортировку пациентов и консультирование, лично принимают пациентов в офисе или выезжают на дом по вызову.</p> <p>3. Замещающие службы (аутсорсинг): компании, в которых работают врачи, берут на себя оказание помощи в нерабочее время;</p> <p>4. Отделения неотложной помощи в больницах предоставляют помощь при проблемах со здоровьем в нерабочее время;</p> <p>5. Центры ПП с обслуживанием в нерабочее время: это центры, в которых пациентов принимают ВОП или медсестра без предварительной записи; 6. Действуют другие механизмы предоставления услуг ПП/общей практики в нерабочее время.</p>	ДОС3.4а Пожалуйста, поясните, были ли эти механизмы реализованы равным образом по всей стране или существуют значительные региональные различия? Если существуют «другие механизмы», кратко опишите предоставляемые услуги и их поставщиков.
ДОС4. Ценовая доступность услуг ПП	Совместное несение расходов за услуги ПП	ДОС4.1 Должны ли пациенты обычно платить за [нет; в некоторой степени; в полном объеме]: 1. Посещение своего ВОП; 2. Лекарства или инъекции, назначенные им ВОП; 3. Визит к специалисту по направлению от своего ВОП; 4. Визит ВОП к пациенту на дом.	ДОС4.1а Пожалуйста, поясните, существуют ли исключения для определенных групп пациентов (каких групп, для каких услуг).
	Неудовлетворенность пациентов ценами на услуги ПП	ДОС4.2 % пациентов, которые считают, что стоимость услуг ПП не очень приемлема или совсем не приемлема.	–
ДОС5 Приемлемость услуг ПП.	Удовлетворенность пациентов доступом к ПП в общем	ДОС5.1 % пациентов, которые считают, что получить доступ к ВОП легко.	–
НЕП1. Долгосрочная непрерывность оказания помощи	Система списков пациентов	НЕП1.1 Есть ли у ВОП система списков пациентов? [Да/Нет]	НЕП1.1а Среднее количество людей на одного ВОП.
	Стабильность отношений между пациентом и поставщиком медицинских услуг	НЕП1.2 % пациентов, посещающих своего обычного поставщика ПП по поводу распространенных проблем со здоровьем.	–
НЕП2. Информационная непрерывность оказания помощи	Ведение медицинских записей	НЕП2.1 % ВОП, которые регулярно ведут (или сообщают, что ведут) клинические записи на всех своих пациентов.	–

Характеристика	Название показателя	Показатель	Дополнительный информационный элемент
	Электронные клинические вспомогательные системы	НЕП2.2 Имеют ли ВОП в своем распоряжении компьютер в офисе? [(почти) всегда/ как правило/ периодически/ редко или никогда]:	НЕП2.2а Для каких целей ВОП обычно используют компьютер в своей практике? [варианты ответа: да/нет] 1. Запись пациентов на прием; 2. Выписывание счетов/управление финансами; 3. Назначение лекарств; 4. Ведение медицинских записей пациентов; 5. Поиск экспертной информации в интернете; 6. Передача информации о пациенте врачам-специалистам; 7. Передача назначений фармацевтам.
			НЕП2.2б Способны ли системы ведения клинических записей в ПП/общей практике формировать списки пациентов по диагнозам или риску для здоровья? (например, пациенты с астмой или диабетом, курящие пациенты)
	Система направления к специалистам	НЕП2.3 В какой степени ВОП используют сопроводительные письма (включающие необходимую информацию о диагнозе и проведенном лечении), когда направляют пациента к врачу-специалисту? [(почти) всегда/ как правило/ периодически/ редко или никогда]:	–
	Процедуры обработки входящей клинической информации	НЕП2.4 Получают ли практики ПП информацию в течение 24 часов о том, что пациент обращался за помощью в нерабочее время? [(почти) всегда/ как правило/ периодически/ редко или никогда]:	–
	Коммуникация между врачом-специалистом и ВОП	НЕП2.5 В какой степени существует обратная связь после эпизода лечения между врачом-специалистом и ВОП, направившим к нему пациента? [(почти) всегда/ как правило/ периодически/ редко или никогда]:	–
НЕП3. Непрерывность отношений при оказании помощи	Выбор врача	НЕП3.1 Могут ли пациенты выбирать центр ПП и ВОП для регистрации? [Да, пациенты могут свободно выбирать любой центр или ВОП/ Пациенты могут свободно выбирать центр, но в этом центре им назначают ВОП/ Пациентов прикрепляют к центру в их районе, но они могут свободно регистрироваться у любого ВОП в этом центре/ Нет, пациентов прикрепляют к центру ПП в их районе и назначают им ВОП в этом центре]	НЕП3.1а Пожалуйста, поясните, если в действительности ситуация иная, нежели предполагается (за исключением обычного ограниченного выбора в сельской местности).
	Удовлетворенность пациента	НЕП3.2 % пациентов, удовлетворенных следующим: - отношениями со своим ВОП/врачом ПП; - временем, отведенным на консультацию с ВОП/врачом ПП; - доверием к своему ВОП/врачу ПП; - объяснениями, которые дает ВОП или врач ПП относительно проблем со здоровьем, процедур и лечения.	–

## 132 Организация первичной помощи в условиях меняющейся Европы

Характеристика	Название показателя	Показатель	Дополнительный информационный элемент
КОО1. Диспетчерская система	Диспетчерская система	<p>КОО1.1 Необходимо ли пациентам направление для доступа к следующим специалистам в области медицины, фельдшерского и сестринского дела? [1. Да, обычно требуется направление;</p> <p>2. Нет, они имеют прямой доступ; 3. Прямой доступ возможен, если визит оплачивается частным образом (из собственных средств пациента или компенсируется дополнительным страхованием)]:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Акушер/гинеколог</li> <li>- Педиатр</li> <li>- Терапевт</li> <li>- Офтальмолог</li> <li>- ЛОР</li> <li>- Кардиолог</li> <li>- Невропатолог</li> <li>- Хирург</li> <li>- Медсестра первичной помощи/общей практики</li> <li>- Специализированная медсестра (например, по диабету)</li> <li>- Медсестра по уходу на дому</li> <li>- Физиотерапевт (амбулаторный)</li> <li>- Акушерка (амбулаторная)</li> <li>- Трудотерапевт</li> <li>- Логопед</li> <li>- Стоматолог</li> </ul>	—
КОО2. Сочетание профессиональных навыков у поставщиков ПП	Совместная практика	<p>КОО2.1 % практик ПП, которые:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ведет один врач (индивидуальные);</li> <li>- ведут 2 или 3 ВОП в одном здании, без врачей-специалистов;</li> <li>- 4 или больше ВОП в одном здании, без врачей-специалистов;</li> <li>- ВОП и врачи-специалисты (смешанная практика).</li> </ul>	—
	Сотрудничество в системе ПП	<p>КОО2.2 Проводит ли ВОП регулярные совещания (по крайней мере один раз в месяц) со следующими специалистами? [Да, это бывает часто/ Да, это обычно бывает/ Нет, это бывает периодически/ Это бывает редко или никогда] Пожалуйста, поясните.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Другие ВОП</li> <li>- Медсестры общей практики</li> <li>- Практикующие медсестры</li> <li>- Медсестры по уходу на дому:</li> <li>- Акушерки</li> <li>- Физиотерапевты ПП</li> <li>- Фармацевты в местных сообществах</li> <li>- Социальные работники</li> <li>- Общественные работники по охране психического здоровья</li> </ul>	—
	Замещение	<p>КОО2.3 Насколько приняты следующие варианты оказания помощи медсестрами в системе ПП/общей практики?</p> <p>[очень часто/ обычно/ редко/ практически нет]</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Диабетические клиники под руководством медсестры в системе ПП/общей практики</li> <li>2. Просвещение в области здоровья, осуществляемое медсестрой (например, о прекращении курения или для беременных женщин)</li> </ol>	—

Характеристика	Название показателя	Показатель	Дополнительный информационный элемент
КОО3. Сотрудничество между системой ПП и вторичной помощи	Выездная специализированная помощь	КОО3.1 Насколько приняты следующие формы сотрудничества между ВОП/ПП и врачами-специалистами? [очень часто/обычно/редко/практически не встречается] 1. Врачи-специалисты посещают офис ПП с целью оказания специализированной помощи, обычно предоставляемой в больнице (замещаемая специализированная помощь). 2. Врачи-специалисты посещают офис ПП для оказания совместной помощи с ВОП (совместная консультация). 3. Врачи-специалисты проводят клинические занятия с ВОП.	КОО3.1а Насколько распространены запросы от ВОП на консультацию (телефонную) со следующими врачами-специалистами? [очень часто/обычно/редко/практически не встречается] 1. Педиатры; 2. Терапевты; 3. Гинекологи; 4. Хирурги; 5. Невропатологи; 6. Дерматологи; 7. Гериатры.
КОО4. Интеграция общественного здравоохранения в систему ПП	Набор эпидемиологических данных	КОО4.1 Используются ли клинические записи пациентов из общей практики/ПП на региональном или местном уровне для определения потребностей или приоритетов в области политики здравоохранения? [регулярно (медицинская статистика)/ периодически/ редко или никогда не используются]	–
	Исследования в области общественного здравоохранения	КОО4.2 Проводятся ли исследования в области общественного здравоохранения с целью повышения качества и оперативности ПП? [регулярно по всей стране/ периодически по всей стране/ регулярно на местном или региональном уровне/ периодически на местном или региональном уровне]	–
КОМ1. Имеющееся медицинское оборудование	Имеющееся медицинское оборудование	КОМ1.1 Насколько распространено наличие следующего оборудования в учреждениях ПП: [(почти) всегда/ обычно/ периодически/ редко или никогда] 1. Детские весы; 2. Тесты на глюкозу; 3. Повязки/бинты; 4. Отоскоп; 5. Аппарат ЭКГ; 6. Тест-полоски для анализа мочи; 7. Инструменты для зашивания ран; 8. Гинекологическое зеркало; 9. Пневмотахометр	–
КОМ2. Первое обращение при распространенных проблемах со здоровьем	Помощь при первом обращении	КОМ1. Как часто посещают ВОП пациенты для получения первой помощи по поводу следующих проблем со здоровьем? [(почти) всегда/ как правило/ периодически/ редко или никогда]: - Ребенок с сильным кашлем - Ребенок в возрасте 8 лет, имеющий проблемы со слухом - Женщина в возрасте 18 лет, нуждающаяся в пероральной контрацепции - Женщина в возрасте 20 лет, нуждающаяся в подтверждении беременности - Женщина в возрасте 35 лет с нерегулярными менструациями - Женщина в возрасте 35 лет с социально-психологическими проблемами - Женщина в возрасте 50 лет с новообразованием в молочной железе - Мужчин в возрасте 28 лет с впервые случившимся эпизодом судорог - Мужчина с суицидальными наклонностями - Мужчина в возрасте 52 лет с алкогольной зависимостью	КОМ2.1 Пожалуйста, укажите для каждой проблемы со здоровьем, к какому еще специалисту(-ам) (помимо ВОП) могут обратиться эти пациенты за первой помощью? (пожалуйста, укажите 1 или 2, если применимо): - Ребенок с сильным кашлем - Ребенок в возрасте 8 лет, имеющий проблемы со слухом - Женщина в возрасте 18 лет, нуждающаяся в пероральной контрацепции - Женщина в возрасте 20 лет, нуждающаяся в подтверждении беременности - Женщина в возрасте 35 лет с нерегулярными менструациями - Женщина в возрасте 35 лет с социально-психологическими проблемами - Женщина в возрасте 50 лет с новообразованием в молочной железе - Мужчина в возрасте 28 лет с впервые случившимся эпизодом судорог - Мужчина с суицидальными наклонностями - Мужчина в возрасте 52 лет с алкогольной зависимостью

Характеристика	Название показателя	Показатель	Дополнительный информационный элемент
КОМ3. Лечение заболеваний и последующее наблюдение	Лечение заболеваний и последующее наблюдение	КОМ3. Как часто пациенты со следующими заболеваниями получают лечение/последующее наблюдение у своего ВОП? [(почти) всегда/ как правило/ периодически/ редко или никогда]: - Хронический бронхит - Язва желудка и двенадцатиперстной кишки - Застойная сердечная недостаточность - Пневмония - Неосложненный диабет 2-го типа - Ревматоидный артрит - Легкая депрессия - Рак (необходимость паллиативного лечения) - Пациенты, поступившие в дом престарелых/санаторий	КОМ3.1а Какие специалисты (кроме ВОП) (также) занимаются лечением ниже перечисленных случаев? (пожалуйста, укажите 1 или 2, если применимо): - Хронический бронхит - Язва желудка и двенадцатиперстной кишки - Застойная сердечная недостаточность - Пневмония - Неосложненный диабет 2-го типа - Ревматоидный артрит - Легкая депрессия - Рак (необходимость паллиативного лечения) - Пациенты, поступившие в дом престарелых/санаторий
	Оказание ВОП помощи пациентам без направления к специалистам	КОМ3.2 % от общего числа пациентов, обслуживаемых ВОП самостоятельно, без направления к другим поставщикам медицинских услуг	–
КОМ4. Технические медицинские процедуры	Технические медицинские процедуры	КОМ4.1 Как часто ВОП или медсестра общей практики/ПП выполняют следующие процедуры, если один из их пациентов в этом нуждается? [(почти) всегда/ как правило/ периодически/ редко или никогда]: - Клиновидная резекция выросшего ногтя пальца стопы - Удаление кисты сальной железы с волосистой части головы - Зашивание раны - Удаление бородавок - Установка ВМС - Удаление ржавого пятна с роговицы - Осмотр глазного дна - Суставная инъекция - Бинтование голеностопного сустава - Выполнение внутривенной инфузии	КОМ4.1а Какие специалисты (помимо ВОП или медсестры общей практики/ПП) могли бы (также) выполнить эту процедуру? (пожалуйста, укажите 1 или 2, если применимо): - Клиновидная резекция выросшего ногтя пальца стопы - Удаление кисты сальной железы с волосистой части головы - Зашивание раны - Удаление бородавок - Установка ВМС - Удаление ржавого пятна с роговицы - Осмотр глазного дна - Суставная инъекция - Бинтование голеностопного сустава - Выполнение внутривенной инфузии
КОМ5. Профилактическая помощь	Профилактическая помощь	КОМ5.1 Как часто ВОП выполняют следующие профилактические мероприятия? [(почти) всегда/ как правило/ периодически/ редко или никогда]: - Иммунизация против столбняка - Аллерговакцинация - Тестирование на заболевания, передающиеся половым путем - Скрининг на ВИЧ/СПИД - Противогриппозная вакцинация групп высокого риска - Скрининг на рак шейки матки - Скрининг на рак молочной железы - Определение уровня холестерина	КОМ5.1а Какие специалисты (помимо ВОП) могли бы (также) провести профилактическое мероприятие? (пожалуйста, укажите 1 или 2, если применимо): - Иммунизация против столбняка - Аллерговакцинация - Тестирование на заболевания, передающиеся половым путем - Скрининг на ВИЧ/СПИД - Противогриппозная вакцинация групп высокого риска - Скрининг на рак шейки матки - Скрининг на рак молочной железы - Определение уровня холестерина

Характеристика	Название показателя	Показатель	Дополнительный информационный элемент
КОМ6. Охрана здоровья матери и ребенка и охрана репродуктивного здоровья	Охрана здоровья матери и ребенка и охрана репродуктивного здоровья	КОМ6.1 Как часто ВОП предоставляют следующие услуги по охране здоровья своим пациентам, когда они в них нуждаются? [(почти) всегда/ как правило/ периодически/ редко или никогда]: - Планирование семьи/контрацепция - Плановое дородовое наблюдение (в соответствии с национальной схемой) - Плановое педиатрическое наблюдение детей до 4 лет	КОМ6.1а Помимо ВОП, какие еще специалисты могут предоставить эти услуги по охране здоровья? (пожалуйста, укажите 1 или 2, если применимо): - Планирование семьи/контрацепция - Плановое дородовое наблюдение (в соответствии с национальной схемой) - Плановое педиатрическое наблюдение детей до 4 лет
		В какой степени ВОП (или медсестра общей практики) участвуют в вакцинации детей против: [(почти) всегда/ как правило/ периодически/ редко или никогда]: - дифтерии - столбняка - коклюша - кори - гепатита В - эпидемического паротита - краснухи	КОМ6.2а Помимо ВОП или медсестры общей практики, какие еще специалисты могут предоставить эти услуги по охране здоровья? (пожалуйста, укажите 1 или 2, если применимо). Вакцинация против: - дифтерии - столбняка - коклюша - кори - гепатита В - эпидемического паротита - краснухи
КОМ7. Укрепление здоровья	Укрепление здоровья	КОМ7.1 Как часто, если обслуживаемое население в этом нуждается, ВОП проводят индивидуальное консультирование по следующим вопросам? [(почти) всегда/ как правило/ периодически/ редко или никогда]: - Консультирование по поводу ожирения - Консультирование по поводу недостаточной физической активности - Консультирование по поводу прекращения курения - Консультирование по поводу алкогольной зависимости	КОМ7.1а Помимо ВОП, какие еще специалисты могут предоставить это консультирование? (пожалуйста, укажите 1 или 2, если применимо): - Консультирование по поводу ожирения - Консультирование по поводу недостаточной физической активности - Консультирование по поводу прекращения курения - Консультирование по поводу алкогольной зависимости
	Санитарное просвещение (в группах)	КОМ7.2 В какой степени ВОП (самостоятельно или вместе с другими работниками) участвуют в групповом санитарном просвещении своих пациентов (по таким вопросам, как здоровое питание, физическая активность, курение, употребление алкоголя и т.п.)? [как правило/ периодически/ редко или никогда]	КОМ7.2а Помимо ВОП, какие еще специалисты могут проводить групповое санитарное просвещение? (пожалуйста, укажите 1 или 2, если применимо):
КАЧ1. Методы назначения лекарств поставщиками ГП	Количество назначений за год	КАЧ1.1 Среднее количество назначений в год, осуществляемое ВОП на 1000 обратившихся пациентов и/или на 1000 зарегистрированных пациентов. (Пожалуйста, используйте самые последние доступные данные и укажите год)	–
	Потребление антибиотиков	КАЧ1.2 Определенные дневные дозы антибиотиков, используемых в амбулаторных учреждениях на 1000 жителей в день	

Характеристика	Название показателя	Показатель	Дополнительный информационный элемент
КАЧ2. Качество диагностики и лечения в системе ПП	Ненужные госпитализации	КАЧ2.1 Количество поступлений в больницу людей со следующими состояниями на 100 000 населения в год. Пожалуйста, используйте самые последние доступные данные и укажите год. - с диагнозом обезвоживания/ гастроэнтерита (коды МКБ-10: E86, K52.2, K52.8, K52.9) - с диагнозом почечной инфекции (коды МКБ-10: N10, N11, N12, N13.6) - с диагнозом прободной язвы (коды МКБ-10: K25.0–K25.2, K25.4–K25.6, K26.0–K26.2, K26.4–K26.6, K27.0– K27.2, K27.4–K27.6, K280–282, K284– K286) - с диагнозом воспаления тазовых органов (коды МКБ-10: N70, N73, N74) - с диагнозом инфекций уха, горла и носа (ЛОР) (коды МКБ-10: H66, H67, J02, J03, J06, J31.2)	–
КАЧ3. Качество ведения хронических заболеваний	Помощь при диабете	КАЧ3.1 Приблизительная доля пациентов с диабетом в возрасте >25 лет с уровнем холестерина >5 ммоль/л. (Приблизительный процент, используйте самые последние доступные данные; укажите год)	–
		КАЧ3.2 Приблизительная доля пациентов с диабетом в возрасте >25 лет с артериальным давлением выше 140/90 мм рт.ст. по измерениям в последние 12 месяцев. (Приблизительный процент, используйте самые последние доступные данные; укажите год)	–
		КАЧ3.3 Приблизительная доля пациентов с диабетом в возрасте >25 лет с уровнем HbA1C > 7,0%. (Приблизительный процент, используйте самые последние доступные данные; пожалуйста, укажите год)	–
		КАЧ3.2 Приблизительная доля пациентов с диабетом в возрасте >25 лет с избыточным весом и ожирением и ИМТ, измеренным в последние 12 месяцев. (Приблизительный процент, используйте самые последние доступные данные; укажите год)	–
		КАЧ3.2 Приблизительная доля пациентов с диабетом в возрасте >25 лет, прошедших процедуру осмотра глазного дна в последние 12 месяцев. (Приблизительный процент, используйте самые последние доступные данные; укажите год)	–
Помощь при ХОБЛ	Помощь при ХОБЛ	КАЧ3.6 Процентная доля лиц с ХОБЛ, прошедших процедуру измерения функции легких в течение последнего года. (Используйте самые последние доступные данные; укажите год)	–
		КАЧ3.7 Процентная доля лиц с ХОБЛ, посетивших поставщика услуг первичной помощи в рамках последующего наблюдения за последний год. (Используйте самые последние доступные данные; укажите год)	–
Помощь при бронхиальной астме	Помощь при бронхиальной астме	КАЧ3.8 Процентная доля лиц со свистящим дыханием в последние 12 месяцев или диагностированной астмой, прошедших процедуру измерения функции легких в течение последнего года. (Используйте самые последние доступные данные; укажите год)	–



Характеристика	Название показателя	Показатель	Дополнительный информационный элемент
		КАЧ3.9 Доля лиц со свистящим дыханием в последние 12 месяцев или с диагностированной астмой, посетивших поставщика услуг первичной помощи в рамках последующего наблюдения в течение последнего года. (Используйте самые последние доступные данные; укажите год)	–
		КАЧ3.10 Количество поступлений в больницу людей с диагнозом астмы на 100 000 населения в год. (Используйте самые последние доступные данные; укажите год)	–
КАЧ4. Качество охраны здоровья матери и ребенка	Вакцинация детей	КАЧ4.1 % детей, вакцинированных в рамках ПП против: [% или не применимо, так как вакцинация выполнялась вне ПП]: - дифтерии - столбняка - коклюша - кори - гепатита В - эпидемического паротита - краснухи	–
КАЧ5. Качество профилактической помощи	Состояния, поддающиеся амбулаторному лечению и предупреждаемые путем вакцинации	КАЧ5.1 % населения в возрасте 60+, вакцинированного против гриппа. [% или не применимо, так как выполнялось вне ПП]:	–
	Скрининг на рак молочной железы	КАЧ5.2 % женщин в возрасте 52–69 лет, хотя бы 1 раз прошедших маммографию в течение последних трех лет. [% или не применимо, так как выполнялось вне ПП]:	–
	Скрининг на рак шейки матки	КАЧ5.3 % женщин в возрасте 21–64 лет, сделавших по крайней мере один мазок по Папаниколу в течение последних трех лет. [% или не применимо, так как выполнялось вне ПП]:	–
ЭФФ1. Эффективность общей практики	Визиты на дом	ЭФФ1.1 Количество визитов на дом в % от общего числа контактов ВОП с пациентами. (Используйте самые последние доступные данные; укажите год)	–
	Телефонные консультации	ЭФФ1.2 Количество телефонных консультаций в % от общего числа контактов ВОП с пациентами. (Используйте самые последние доступные данные; укажите год)	–
	Длительность консультации ВОП	ЭФФ1.3 Средняя длительность консультации ВОП (в минутах). (Используйте самые последние доступные данные; укажите год)	–
	Консультации ВОП	ЭФФ1.4 Количество консультаций ВОП на душу населения в год. (Используйте самые последние доступные данные; укажите год)	–
	Направления к врачам-специалистам	ЭФФ1.5 Количество новых направлений от ВОП к врачам-специалистам на 1000 зарегистрированных пациентов в год. (Используйте самые последние доступные данные; укажите год)	–

<sup>1</sup> Первичная помощь определяется как первый уровень профессиональной помощи, куда люди обращаются со своими проблемами со здоровьем, и где удовлетворяется большая часть лечебных и профилактических потребностей населения.

# Приложение II

## Подсчет показателей для мониторинга первичной помощи в Европе

### Аспект: Управление системой ПП

#### Оценка характеристик и показателей системы ПП

Компонент	Показатель	Обоснование	Оценка
Цели первичной помощи (УПР1)	<b>Были ли опубликованы политические документы (правительством или важными заинтересованными сторонами), которые отражают четкое видение сегодняшней и будущей системы ПП (например, в течение следующих пяти лет)?</b> [Да/Нет] (УПР1.1)	Политика правительства в поддержку ПП напрямую связана с надлежащей доступностью, непрерывностью и координацией помощи, предоставлением широкого диапазона услуг (в частности, профилактической помощи) и более высокими показателями здоровья населения. <sup>1, 2</sup>	1 = Нет политических документов, содержащих четкое видение ПП 3 = Да, есть политические документы, содержащих четкое видение ПП
Политика в отношении равенства в доступе (УПР2)	<b>Существует ли четкая правительственная политика, позволяющая более равномерно регулировать распределение поставщиков и учреждений ПП?</b> [Да/Нет] (УПР2.1)	Одной из наиболее стабильных характеристик политики в странах с крепкой системой ПП является стремление правительства справедливо распределять ресурсы. <sup>1</sup>	1 = Нет политики распределения поставщиков ПП 2 = Ограниченная политика распределения поставщиков ПП 3 = Да, есть политика распределения поставщиков ПП
(Де) централизация управления системой ПП и развитие услуг (УПР3)	<b>Имеет ли система ПП собственный отдел или подразделение в министерстве здравоохранения?</b> [Да/Нет] (УПР3.1)	Создание отдельного подразделения ПП в министерстве здравоохранения улучшает функции правительства, касающиеся руководства и участия в эффективной системе управления ПП (например, это дает ПП более высокий приоритет в министерстве, может улучшить отношения с другими министерствами и обеспечивает более систематизированную, интегрированную и менее фрагментированную организацию работы). <sup>3</sup>	1 = Нет подразделения ПП в МЗ 3 = Да, есть подразделение ПП в МЗ
	<b>Имеет ли система ПП бюджет, отдельный от других секторов, таких как специализированная помощь?</b> [Да/Нет] Если «Да», поясните, на каком уровне устанавливается этот бюджет (например, национальный, региональный). (УПР3.1a)	–	1 = Нет отдельного бюджета ПП 3 = Да, есть отдельный бюджет ПП

## Оценка характеристик и показателей системы ПП

Компонент	Показатель	Обоснование	Оценка
	<b>Была ли передана ответственность за оказание ПП на региональный или местный уровень?</b> [Да/Нет] (УПР3.2)	Децентрализация власти с передачей системы принятия решений в области здравоохранения от центрального правительства службам на местах повышает их ответственность за оказание услуг местному населению. <sup>4</sup>	1 = Нет, ответственность за ПП не децентрализована 3 = Да, ответственность за ПП децентрализована
	<b>Участвуют ли заинтересованные организации в разработке политики в области ПП (например, компании медицинского страхования, медицинские работники или представители пациентов или потребителей)?</b> [Да/Нет] (УПР3.3)	Чтобы добиться широкого признания реформ ПП, важно привлечь к выработке и реализации политики заинтересованные стороны, в том числе НПО и представителей пациентов. <sup>3</sup>	1 = Нет, заинтересованные стороны не участвуют в разработке политики в области ПП 2 = Да, ограниченное число заинтересованных сторон участвует в разработке политики в области ПП 3 = Да, заинтересованные стороны участвуют в разработке политики в области ПП
	<b>Организовано ли влияние местного сообщества на предоставление услуг ПП на национальном или региональном уровне?</b> [не применимо, не используется/ да, на национальном уровне/ да, в некоторых регионах/ да, периодически на местном уровне] (УПР3.4)	Практики ПП, управляемые на уровне местных сообществ, с большей вероятностью удовлетворяют разнообразные потребности меньшинств, чем практики ПП, принадлежащие государству. <sup>5</sup>	1 = Нет, местные сообщества на влияют на предоставление услуг ПП 2 = Да, местные сообщества влияют на предоставление услуг ПП в некоторых регионах или периодически на местном уровне 3 = Да, местные сообщества влияют на предоставление услуг ПП на национальном уровне или регулярно на местном уровне
Инфраструктура управления качеством ПП (УПР4)	<b>Существует ли государственная инспекция здравоохранения?</b> [Да/Нет] (УПР4.1)	–	1 = Нет государственной инспекции здравоохранения 2 = Да, есть государственная инспекция здравоохранения
	Если государственная инспекция здравоохранения существует, имеет ли она специальное подразделение для ПП? [Да/Нет/Не применимо] (УПР4.1a)	Создание отдельного подразделения ПП в министерстве здравоохранения улучшает функции правительства по руководству и участию в эффективной системе управления ПП. <sup>3</sup>	1 = Нет подразделения ПП в государственной инспекции 3 = Да, есть подразделение ПП в государственной инспекции
	<b>Существуют ли официальные требования к врачам (таким как ВОП/семейные врачи), позволяющие им работать в сфере ПП?</b> [Да/Нет] (УПР4.2)	Схемы (пере-)аккредитации являются ключевой мерой по улучшению качества системы здравоохранения. Они предоставляют врачам систематические стимулы для поддержания определенных стандартов качества и обеспечивают уверенность населения в компетентности врача. <sup>6-8</sup>	1 = Нет официальных требований к поставщикам ПП, позволяющих им вести практику 2 = Да, есть требования к поставщикам ПП, но в настоящее время встречаются исключения 3 = Да, есть официальные требования к поставщикам ПП, позволяющие им вести практику

## Оценка характеристик и показателей системы ПП

Компонент	Показатель	Обоснование	Оценка
	Существуют ли официальные требования для получения разрешения на работу для практик ПП или учреждений? [Да/Нет] (УПР4.3)	Подробные требования к лицензированию учреждений ПП дают населению уверенность в уровне качества учреждений ПП. <sup>9</sup>	1 = Нет требований для учреждений ПП для получения разрешения на работу 3 = Да, есть требования для учреждений ПП для получения разрешения на работу
	Создавались ли клинические руководства, основанные на фактических данных, специально для ВОП? [Да/Нет] (УПР4.4)	Разработка стандартов и руководств в соответствии с потребностями общей практики является одним из важнейших инструментов обеспечения высокого качества услуг. <sup>10</sup> Вероятность надлежащего применения руководств больше, если они разработаны специалистами в этой области. <sup>11</sup>	1 = Нет специальных руководств для ВОП 3 = Да, есть специальные руководства для ВОП
Защита интересов пациента (УПР5)	Введены ли какие-либо законы/правовые нормы, касающиеся прав пациентов ПП? 1. Информированное согласие [Да/Нет] (УПР5.1.1)	Законодательство в области здравоохранения имеет большое значение для защиты от нанесения вреда отдельным лицам и сообществам, а также для стимуляции поддержания и/или повышения медицинскими работниками качества обслуживания. <sup>4</sup>	1 = Нет, информированное согласие не регламентировано 3 = Да, информированное согласие регламентировано
	Введены ли какие-либо законы/правовые нормы, касающиеся прав пациентов ПП? 2. Доступ пациента к собственной медицинской документации [Да/Нет] (УПР5.1.2)	Законодательство в области здравоохранения имеет большое значение для защиты от нанесения вреда отдельным лицам и сообществам, а также для стимуляции поддержания и/или повышения медицинскими работниками качества обслуживания. <sup>4</sup>	1 = Нет, доступ пациентов к собственной медицинской документации не регламентирован 3 = Да, доступ пациентов к собственной медицинской документации регламентирован
	Введены ли какие-либо законы/правовые нормы, касающиеся прав пациентов ПП? 3. Конфиденциальное использование медицинских записей [Да/Нет] (УПР5.1.3)	Законодательство в области здравоохранения имеет большое значение для защиты от нанесения вреда отдельным лицам и сообществам, а также для стимуляции поддержания и/или повышения медицинскими работниками качества обслуживания. <sup>4</sup>	1 = Нет, конфиденциальное использование медицинских записей не регламентировано 3 = Да, конфиденциальное использование медицинских записей регламентировано
	Введены ли какие-либо законы/правовые нормы, касающиеся прав пациентов ПП? 4. Наличие процедуры обработки жалоб пациентов в учреждениях ПП [Да/Нет] (УПР5.1.4)	Законодательство в области здравоохранения имеет большое значение для защиты от нанесения вреда отдельным лицам и сообществам, а также для стимуляции поддержания и/или повышения медицинскими работниками качества обслуживания. <sup>4</sup>	1 = Нет, процедуры подачи жалоб в ПП не регламентированы 3 = Да, процедуры подачи жалоб в ПП регламентированы

Оценка характеристик и показателей системы ПП

Компонент	Показатель	Обоснование	Оценка
Междисциплинарное сотрудничество (УПР6)	<b>Предусмотрена ли правительственная политика в отношении сотрудничества или интеграции служб ПП в законодательном или политическом документе?</b> [Да/Нет/Не применимо, поскольку такая политика отсутствует] (УПР6.1)	Политика правительства в поддержку ПП напрямую связана с надлежащей доступностью, непрерывностью и координацией помощи, предоставлением широкого диапазона услуг (в частности, профилактической помощи) и более высокими показателями здоровья населения. <sup>1;2</sup>	1 = Нет политики междисциплинарного сотрудничества 2 = Ограниченная политика междисциплинарного сотрудничества 3 = Да, существует политика междисциплинарного сотрудничества
Расходы на первичную помощь (ЭКО1)	<b>Общие расходы на ПП в % от общих расходов на здравоохранение. (ЭКО1.1)</b>	Недостаточные финансовые инвестиции являются одним из препятствий к предоставлению услуг ПП. <sup>12</sup>	1 = < 9,80% 2 = 9,80–14,00% 3 = 14,00% > <i>(Используемые проценты: 33,3% и 66,67% наблюдений)</i>
	<b>Общие расходы на профилактику и общественное здравоохранение в % от общих расходов на здравоохранение. (ЭКО1.2)</b>	Недостаточные финансовые инвестиции являются одним из препятствий к предоставлению услуг ПП. <sup>12</sup>	1 = < 2,10% 2 = 2,10–3,50% 3 = 3,50% > <i>(Используемые проценты: 33,3% и 66,67% наблюдений)</i>
Охват первичной помощью (ЭКО2)	<b>% населения, полностью охваченного ПП или застрахованного от расходов на ПП (ЭКО2.1)</b>	Одной из наиболее стабильных характеристик политики в странах с крепкой системой ПП является полное финансовое обеспечение. <sup>1</sup>	1 = охвачено 0–50% 2 = охвачено 51–74% 3 = 75–100% охвачено <i>(Мало/ нет отклонений)</i>
	<b>% населения, охваченного услугами ВОП или застрахованного от расходов на услуги ВОП (в офисе или на дому). (ЭКО2.2)</b> Если применяются дополнительные платежи, укажите их объемы. (ЭКО2.2а)	Одной из наиболее стабильных характеристик политики в странах с крепкой системой ПП является полное финансовое обеспечение. <sup>1</sup>	1 = охвачено 0–50% 2 = охвачено 51–74% 3 = 75–100% охвачено <i>(Мало/ нет отклонений)</i>
	<b>% населения, охваченного назначением лекарств в общей практике/ПП или застрахованного от расходов на эти лекарства. (ЭКО2.3)</b> Если применяются дополнительные платежи, пожалуйста, укажите их объемы. (ЭКО2.3а)	Одной из наиболее стабильных характеристик политики в странах с крепкой системой ПП является полное финансовое обеспечение. <sup>1</sup>	1 = охвачено 0–50% 2 = охвачено 51–74% 3 = 75–100% охвачено <i>(Мало/ нет отклонений)</i>
	<b>% населения, не застрахованного от расходов на медицинскую помощь (можно привести примерные цифры). (ЭКО2.4)</b>	Одной из наиболее стабильных характеристик политики в странах с крепкой системой ПП является полное финансовое обеспечение. <sup>1</sup>	1 = охвачено 0–50% 2 = охвачено 51–74% 3 = 75–100% охвачено <i>(Мало/ нет отклонений)</i>
	<b>% населения, охваченного социальным страхованием амбулаторной медицинской помощи. (ЭКО2.5)</b>	Одной из наиболее стабильных характеристик политики в странах с крепкой системой ПП является полное финансовое обеспечение. <sup>1</sup>	1 = охвачено 0–50% 2 = охвачено 51–74% 3 = 75–100% охвачено <i>(Мало/ нет отклонений)</i>

## Оценка характеристик и показателей системы ПП

Компонент	Показатель	Обоснование	Оценка
Система оплаты труда рабочих кадров ПП (ЭКО4)	<p>Как оплачивается труд ВОП, получающих зарплату:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Фиксированная зарплата;</li> <li>2. Зарплата зависит от количества обслуживаемых пациентов;</li> <li>3. Зарплата зависит как от количества обслуживаемых пациентов, так и от показателей эффективности. (ЭКО4.1)</li> </ol>	<p>Гибкие смешанные способы оплаты, основанные на сочетании фиксированного компонента, в форме подушевой оплаты или оклада, и переменного компонента в форме сдельной оплаты, создают оптимальное сочетание стимулов, способных изменить профессиональное поведение, улучшить качество обслуживания и сократить неравенство в отношении предоставления клинической помощи.<sup>13-16</sup></p>	<p>1 = Фиксированная зарплата 2 = Зарплата зависит от количества обслуживаемых пациентов 3 = Зарплата зависит как от количества обслуживаемых пациентов, так и от показателей эффективности</p>
	<p>Как оплачивается труд самозанятых ВОП?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Сдельная оплата труда;</li> <li>2. Подушевая оплата;</li> <li>3. Сочетание подушевой и сдельной оплаты;</li> <li>4. Сочетание подушевой и сдельной оплаты и других специальных компонентов (например, бонусы за работу в неблагополучных районах и т.п.). (ЭКО4.2) Если они получают оплату, состоящую из других компонентов, помимо подушевой или сдельной оплаты, поясните, с какими целями или ситуациями это связано. (ЭКО4.2a)</li> </ol>	<p>Гибкие смешанные способы оплаты, основанные на сочетании фиксированного компонента, в форме подушевой оплаты или оклада, и переменного компонента в форме сдельной оплаты, создают оптимальное сочетание стимулов, способных изменить профессиональное поведение, улучшить качество обслуживания и сократить неравенство в отношении предоставления клинической помощи.<sup>13-16</sup></p>	<p>1 = Сдельная или подушевая оплата 2 = Сочетание подушевой и сдельной оплаты 3 = Сочетание подушевой и сдельной оплаты, а также оплаты по показателям эффективности</p>
Доходы рабочих кадров ПП (ЭКО5)	<p>Каков (приблизительный) валовой годовой доход (в евро) ВОП в середине карьеры (около 10 лет опыта и среднего размера практика)? (ЭКО5.1) Включает ли этот доход расходы на ведение практики (помещение, оборудование, уход, наемный персонал)? (ЭКО5.1a)</p>	<p>Недостаточные финансовые инвестиции и неудовлетворительная оплата труда работников входят в число препятствий к предоставлению услуг ПП.<sup>12</sup></p>	<p>1 = &lt; 37 430,24 евро 2 = 37 430,24 – 75 789,64 евро 3 = 75 789,64 евро (Используемые проценты: 33,3% и 66,67% наблюдений)</p>
Характеристика рабочих кадров ПП (РТР1)	<p>К каким из следующих специалистов в области медицины, фельдшерско-люди имеют прямой доступ (без направления или вмешательства другого поставщика медицинских услуг)? (РТР1.1) Также укажите для каждого специалиста, работает ли он только в ПП или помимо этого оказывает услуги по направлению (например, в другом учреждении, таком как больница): ВОП/семейный врач; гинеколог/акушер; педиатр; терапевт; офтальмолог; ЛОР-врач; кардиолог; невропатолог; хирург; медсестра общей практики/ПП; специализированная медсестра (например, по диабету); медсестра по уходу на дому; физиотерапевт (амбулаторный); акушерка (амбулаторная); трудотерапевт; логопед; стоматолог.</p>	<p>Наличие медика общего профиля, такого как ВОП, а не узкого специалиста, в качестве постоянного поставщика медицинской помощи, связано с лучшими показателями здоровья населения и снижением расходов на здравоохранение.<sup>1:17-19</sup> Улучшение кадрового обеспечения поставщиками ПП, в отличие от специализированных врачей, устойчиво связано с лучшими показателями здоровья населения.<sup>1:19</sup> Медсестры различных специальностей и вспомогательные медицинские работники оказывают услуги, которые чаще затрагивают поведение, связанное с риском для здоровья, чем врачи.<sup>20</sup></p>	<p>1 = Поставщики ПП включают различных медицинских специалистов 2 = Поставщиками ПП являются ВОП, АК/ГИН и ПЕД, исключая всех остальных медицинских специалистов 3 = Поставщиками ПП являются ВОП, исключая всех остальных медицинских специалистов</p>

Оценка характеристик и показателей системы ПП

Компонент	Показатель	Обоснование	Оценка
	<b>Средний возраст практикующих ВОП.</b> (РТР1.2) Каков возрастной состав практикующих ВОП? Укажите в %, сколько ВОП: <35 лет; 35-45 лет; 45-55 лет; 55+ лет. (РТР1.2a)	Ключом к достаточной кадровой обеспеченности является обучение, привлечение и удержание молодых врачей при одновременном вложении средств в зрелые трудовые ресурсы. <sup>21</sup>	1 = Средний возраст ВОП > 55 лет 2 = Большинство ВОП в возрасте 45-55 лет 3 = Средний возраст ≤ 45 лет
	<b>Среднее количество рабочих часов в неделю у ВОП (включая время, потраченное на планерки и административные вопросы; исключая время, проведенное на вызовах по вечерам, в выходные, и т.п.).</b> (РТР1.3)	Слишком высокая рабочая нагрузка ВОП ухудшает оказание помощи. <sup>22</sup>	1 = 48,01 часа> 2 = 40,00–48,01 3 = < 40,00 часов ( <i>Используемые проценты: 33,3% и 66,6% наблюдений</i> )
Статус и обязанности специалистов ПП (РТР2)	<b>Описаны ли задачи/обязанности ВОП или семейных врачей в законодательном или политическом документе?</b> [Да/Нет] (РТР2.1)	Правовая основа задач/обязанностей ВОП/СВ обеспечивает официальное признание профессии как особой дисциплины и влияет на ее положение в системе здравоохранения. <sup>23</sup>	1 = Нет официально утвержденного профиля задач ВОП 3 = Да, профиль задач ВОП официально утвержден
	<b>Как соотносится валовой годовой доход (в евро) ВОП в середине карьеры (около 10 лет опыта и среднего размера практика) с валовым годовым доходом следующих специалистов в области медицины, фельдшерского и сестринского дела того же возраста?</b> (РТР2.2) Дайте оценку, является ли доход ВОП [значительно ниже/ ниже/ равен/ выше/ значительно выше]: гинеколог/акушер; педиатр; терапевт; офтальмолог; ЛОР-врач; кардиолог; невропатолог; хирург; медсестра общей практики/ПП; специализированная медсестра (например, по диабету); медсестра по уходу на дому; физиотерапевт (амбулаторный); акушерка (амбулаторная); трудотерапевт; логопед; стоматолог.	Недостаточные финансовые инвестиции и неудовлетворительная оплата труда работников входят в число препятствий к предоставлению услуг ПП. <sup>12</sup> Сопоставимые уровни вознаграждения в системе ПП и между ПП и вторичной помощью способствуют совместному оказанию помощи и улучшению координации. <sup>24</sup>	1 = (Значительно) ниже по сравнению с большинством врачей-специалистов 3 = Равен или выше по сравнению с большинством врачей-специалистов
	<b>Какой % всех выпускников медицинских вузов выбирают специализацию в области семейной медицины (в течение одного года после выпуска)?</b> (Укажите самый последний год, для которого есть данные) [...% , соответствующий год ...] (РТР2.3)	Улучшение кадрового обеспечения поставщиками услуг ПП, в отличие от специализированных врачей, устойчиво связано с лучшими показателями здоровья населения. <sup>1;19</sup>	1 = < 10,0% 2 = 10,0–25,0% 3 = 25,0% > ( <i>Используемые проценты: 33,3% и 66,6% наблюдений</i> )

## Оценка характеристик и показателей системы ПП

Компонент	Показатель	Обоснование	Оценка
Кадровое обеспечение и планирование в системе ПП (РТР3)	Пожалуйста, укажите % изменения кадрового обеспечения, насколько (общее количество) число специалистов в области медицины, фельдшерского и сестринского дела, к которым пациенты имеют прямой доступ, увеличилось [+ ...%] или уменьшилось [- ...%] за последний доступный пятилетний период. (РТР3.1) Укажите также соответствующие годы [Годы ...-...]: (РТР3.1) ВОП/семейный врач; гинеколог/акушер; педиатр; терапевт; офтальмолог; ЛОР-врач; кардиолог; невропатолог; хирург; медсестра общей практики/ПП; специализированная медсестра (например, по диабету); медсестра по уходу на дому; физиотерапевт (амбулаторный); акушерка (амбулаторная); трудотерапевт; логопед; стоматолог.	Улучшение кадрового обеспечения поставщиками услуг ПП, в отличие от специализированных врачей, устойчиво связано с лучшими показателями здоровья населения. <sup>1,19</sup>	1 = В среднем, обеспечение ПП рабочими кадрами уменьшилось или увеличилось < 6,12% 2 = В среднем, обеспечение ПП рабочими кадрами увеличилось на 6,12–11,64% 3 = В среднем, обеспечение ПП рабочими кадрами увеличилось на 11,64% (Используемые проценты: 33,3% и 66,67% наблюдений)
	Общее количество работающих ВОП по отношению к общему количеству работающих врачей-специалистов, (РТР3.2)	Улучшение кадрового обеспечения поставщиками услуг ПП, в отличие от специализированных врачей, устойчиво связано с лучшими показателями здоровья населения. <sup>1,19</sup>	1 = < 0,25 2 = 0,25–0,50 3 = > 0,50 (Используемые проценты: 33,3% и 66,67% наблюдений)
	Доступны ли данные, полученные в результате исследований потребностей ПП в трудовых ресурсах и их развития в будущем? [Да/Нет] (РТР3.3)	Планирование трудовых ресурсов является важным условием наличия эффективных и действенных рабочих кадров. <sup>21</sup>	1 = Нет данных о трудовых ресурсах 3 = Да, есть данные о трудовых ресурсах
Академический статус ПП (РТР4)	% медицинских институтов (или университетов с медицинским факультетом), имеющих программу специализации по семейной медицине. (РТР4.1)	Недостаточные возможности для профессионального развития – одно из препятствий к предоставлению услуг ПП. <sup>12</sup> Создание в университетах факультетов семейной медицины/ общей практики и последипломного образования отражает признание ПП как академической дисциплины и как профессии в области здравоохранения и способствует ее развитию. <sup>7, 25</sup>	1 = < 66,43% 2 = 66,43–90,00% 3 = 90,00% > (Используемые проценты: 33,3% и 66,67% наблюдений)
	Входит ли семейная медицина как предмет в учебную программу бакалавриата? [Да/Нет] (РТР4.2)	Развитие системы ПП начинается с внедрения программы профессиональной подготовки в области ПП. <sup>25</sup> Наличие опытных и квалифицированных поставщиков медицинской помощи является ключевым фактором обеспечения качества. <sup>21</sup>	1 = Нет, в учебной программе бакалавриата нет такого предмета 3 = Да, такой предмет есть в учебной программе бакалавриата



Оценка характеристик и показателей системы ПП

Компонент	Показатель	Обоснование	Оценка
	Существует ли специальная профессиональная подготовка для участковых или патронажных медсестер? [Да/Нет] (РТР4.3а)	Наличие опытных и квалифицированных поставщиков медицинской помощи является ключевым фактором обеспечения качества. <sup>21</sup>	1 = Нет профессиональной подготовки для участковых или патронажных медсестер 3 = Да, есть профессиональная подготовка для участковых или патронажных медсестер
	Существует ли специальная профессиональная подготовка для медсестер общей практики/ПП? [Да/Нет] (РТР4.3б)	Наличие опытных и квалифицированных поставщиков медицинской помощи является ключевым фактором обеспечения качества. <sup>21</sup>	1 = Нет профессиональной подготовки для медсестер общей практики/ ПП 3 = Да, есть профессиональная подготовка для медсестер общей практики/ПП
Медицинские ассоциации (РТР5)	Есть ли в этой стране национальные ассоциации или коллегии ВОП? [Да/Нет] (РТР5.1)	Создание организованных ассоциаций или коллегий поставщиков ПП важно для развития профессии и обеспечения качества услуг ПП. <sup>11;26</sup>	1 = Нет национальных ассоциаций или коллегий ВОП 3 = Да, существуют ассоциации или коллегии ВОП
	Выходит ли в этой стране журнал по семейной медицине/общей практике? [Да/Нет] (РТР5.2)	Существование рецензируемого журнала является важным условием для успешного научного прогресса в области ПП. <sup>26</sup>	1 = Нет журнала по семейной медицине/общей практике 3 = Да, есть журнал по семейной медицине/общей практике
	Есть ли в этой стране национальные ассоциации или организации медсестер ПП? [Да/Нет] (РТР5.3)	Создание организованных ассоциаций или коллегий поставщиков ПП важно для развития профессии и обеспечения качества предоставления услуг ПП. <sup>11;26</sup>	1 = Нет национальных ассоциаций или коллегий медсестер ПП 3 = Да, есть национальные ассоциации или коллегии медсестер ПП
	Выходит ли в этой стране профессиональный журнал по сестринскому делу в области ПП? [Да/Нет] (РТР5.4) Укажите его название, сколько раз в год выходит и количество подписчиков. (РТР5.4а)	Существование рецензируемого журнала является важным условием для успешного научного прогресса в области ПП. <sup>26</sup>	1 = Нет профессионального журнала по сестринскому делу в области ПП 3 = Да, есть профессиональный журнал по сестринскому делу в области ПП
Национальная доступность услуг ПП (ДОС1)	Укажите общее количество специалистов в области медицины, фельдшерского и сестринского дела на 100 000 населения, к которым пациенты имеют прямой доступ: ВОП/семейный врач; гинеколог/акушер; педиатр; терапевт; офтальмолог; ЛОР-врач; кардиолог; невропатолог; хирург; медсестра общей практики/ПП; специализированная медсестра (например, по диабету); медсестра по уходу на дому; физиотерапевт (амбулаторный); акушерка (амбулаторная); трудотерапевт; логопед; стоматолог. (ДОС1.1)	Наличие медицинского специалиста общего профиля, такого как ВОП, а не узкого специалиста, в качестве постоянного поставщика услуг медицинской помощи, связано с лучшими показателями здоровья населения и снижением расходов на здравоохранение <sup>1;17-19</sup> . Улучшение кадрового обеспечения поставщиками ПП, в отличие от специализированных врачей, устойчиво связано с лучшими показателями здоровья населения. <sup>1;19</sup> Медсестры различных специальностей и вспомогательные медицинские работники оказывают услуги, которые чаще затрагивают поведение, связанное с риском для здоровья, чем врачи. <sup>20</sup>	1 = Большинство поставщиков ПП является врачами-специалистами (включая ПЕД, АК/ГИН) 2 = Большинство поставщиков ПП - это ВОП, ПЕД, АК/ГИН и специалисты по фельдшерскому и сестринскому делу 3 = Большинство поставщиков ПП - это ВОП и специалисты по фельдшерскому и сестринскому делу

## Оценка характеристик и показателей системы ПП

Компонент	Показатель	Обоснование	Оценка
Географическая доступность услуг ПП (ДОС2)	<b>Разница между регионами, провинциями или штатами в отношении самой высокой и самой низкой плотности ВОП (на 100 000 населения).</b> (ДОС2.1) Доступность ВОП по регионам, провинциям или штатам на 100 000 населения. (ДОС2.1а)	Равноправие в отношении географической доступности ПП способствует оптимальному функционированию системы ПП. Регионы с плотностью ВОП выше, чем врачей-специалистов, отличаются сниженными показателями госпитализаций по поводу состояний, поддающихся амбулаторному лечению, лучшими показателями здоровья населения и низкими расходами на здравоохранение. <sup>1: 27-29</sup>	1 разница = >36,47 на 100 000 населения 2 разница = 17,67–36,47 на 100 000 населения 3 разница = >17,67 на 100 000 населения <i>(Используемые проценты: 33,3% и 66,67% наблюдений)</i>
	<b>Существуют ли национальные нормы по количеству ВОП (на региональном или национальном уровне)?</b> [Да/Нет] (ДОС2.3а)	Потенциал трудовых ресурсов ПП в значительной степени определяет доступность медицинской помощи, поскольку отражает доступность услуг ПП. <sup>31</sup>	1 = Нет национальных норм по количеству ВОП 3 = Да, есть национальные нормы по количеству ВОП
	<b>Есть ли (региональная или национальная) нехватка ВОП относительно обычных национальных норм?</b> [Нет/ Есть в некоторых регионах/ Умеренная нехватка по всей стране/ Серьезная нехватка по всей стране] (ДОС2.3б)	Потенциал трудовых ресурсов ПП в значительной степени определяет доступность медицинской помощи, поскольку отражает доступность услуг ПП. <sup>31</sup>	1 = Серьезная или умеренная нехватка по всей стране 2 = Нехватка в некоторых регионах 3 = Нехватка отсутствует
	<b>Есть ли проблемы с доступностью медикаментов в сельских регионах из-за отсутствия аптек?</b> [Да/Нет] (ДОС2.4)	Потенциал трудовых ресурсов ПП в значительной степени определяет доступность медицинской помощи, поскольку отражает доступность услуг ПП. <sup>31</sup>	1 = Да, есть проблемы с доступностью медикаментов в сельских регионах из-за отсутствия аптек 3 = Нет проблем с доступностью медикаментов в сельских регионах из-за отсутствия аптек
Аккомодация доступности (ДОС3)	<b>Существуют ли минимальные нормы рабочего времени для кабинетов ВОП или центров ПП?</b> (ДОС3.1)	Установленное минимальное количество рабочих часов или дней обеспечивает определенную предсказуемость ПП как для пациентов, так и для врачей. <sup>32</sup>	1 = Нет установленной минимальной нормы рабочего времени 2 = Есть ограниченные минимальные нормы рабочего времени (рекомендованные, но не обязательные) 3 = Да, минимальные нормы рабочего времени обязательны
	<b>Среднее количество визитов на дом в неделю на одного ВОП.</b> (ДОС3.2)	Эффективность в общей практике может быть достигнута путем снижения количества визитов на дом и повышения количества телефонных консультаций. <sup>33</sup>	1 = < 2,30 визита на дом в неделю на одного ВОП 2 = > 8,73 визита на дом в неделю на одного ВОП 3 = 2,30–8,73 визита на дом в неделю на одного ВОП <i>(Используемые проценты: 33,3% и 66,67% наблюдений)</i>

Оценка характеристик и показателей системы ПП

Компонент	Показатель	Обоснование	Оценка
	<b>В какой степени обычно используются в общей практике или в центрах ПП телефонные консультации? [(почти) всегда/ как правило/ периодически/ редко или никогда] (ДОС3.3а)</b>	Своевременный доступ к помощи, когда она необходима, является одним из критериев высококачественной системы ПП. Этот доступ возможен посредством нескольких организационных механизмов. <sup>31; 34–38</sup>	1 = Телефонные консультации используются редко или никогда 2 = Телефонные консультации используются периодически 3 = Телефонные консультации используются (почти) всегда или как правило
	<b>В какой степени обычно используются в общей практике или в центрах ПП консультации по электронной почте? [(Почти) всегда/ как правило/ периодически/ редко или никогда] (ДОС3.3б)</b>	Своевременный доступ к помощи, когда она необходима, является одним из критериев высококачественной системы ПП. Этот доступ возможен посредством нескольких организационных механизмов. <sup>31; 34–38</sup>	1 = Консультации по электронной почте используются редко или никогда 2 = Консультации по электронной почте используются периодически 3 = Консультации по электронной почте используются (почти) всегда или как правило
	<b>Как часто в общей практике или центрах ПП есть свой веб-сайт? [(почти) всегда/ как правило/ периодически/ редко или никогда] (ДОС3.3в)</b>	Своевременный доступ к помощи, когда она необходима, является одним из критериев высококачественной системы ПП. Этот доступ возможен посредством нескольких организационных механизмов. <sup>31; 34–38</sup>	1 = У практик ПП веб-сайт имеется редко или никогда 2 = У практик ПП веб-сайт имеется периодически 3 = У практик ПП веб-сайт имеется (почти) всегда или как правило
	<b>Как часто в общей практике или центрах ПП предлагаются специальные занятия или курсы для определенных групп пациентов (например, для диабетиков, беременных женщин, пациентов с гипертонией, и т.п.)? [(почти) всегда/ как правило/ периодически/ редко или никогда] (ДОС3.3г)</b>	Своевременный доступ к помощи, когда она необходима, является одним из критериев высококачественной системы ПП. Этот доступ возможен посредством нескольких организационных механизмов. <sup>31; 34–38</sup>	1 = Специальные занятия или курсы предлагаются редко или никогда 2 = Специальные занятия или курсы предлагаются периодически 3 = Специальные занятия или курсы предлагаются (почти) всегда или как правило
	<b>Как часто в общей практике или центрах ПП обычно используются системы записи на прием для большинства обслуживаемых пациентов? [(почти) всегда/ как правило/ периодически/ редко или никогда] (ДОС3.3д)</b>	Своевременный доступ к помощи, когда она необходима, является одним из критериев высококачественной системы ПП. Этот доступ возможен посредством нескольких организационных механизмов. <sup>31; 34–38</sup>	1 = Системы записи на прием используются редко или никогда 2 = Системы записи на прием используются периодически 3 = Системы записи на прием используются (почти) всегда или как правило

## Оценка характеристик и показателей системы ПП

Компонент	Показатель	Обоснование	Оценка
	<p>В какой степени обычно используются следующие модели предоставления ПП в нерабочее время? [(почти) всегда/ как правило/ периодически/ редко или никогда]:</p> <p>1. Услуги на базе практики: ВОП из одной врачебной практики или организованные в группу практик обслуживают своих пациентов в нерабочее время;</p> <p>2. Кооперативы ПП: ВОП в регионе из нескольких групп, с помощью дополнительного персонала, предоставляют ПП в нерабочее время, по большей части в составе крупных некоммерческих организаций, в том числе проводят телефонную сортировку и консультирование пациентов, лично принимают пациентов в офисе или выезжают на дом по вызову. 3. Замещающие службы (аутсорсинг): компании, в которых работают врачи, берут на себя оказание помощи в нерабочее время; 4. Отделения неотложной помощи в больницах предоставляют помощь при проблемах со здоровьем в нерабочее время; 5. Центры ПП с обслуживанием в нерабочее время: это центры, в которых пациентов принимают ВОП или медсестра без предварительной записи; 6. Действуют другие механизмы предоставления услуг ПП/общей практики в нерабочее время. (ДОС3.4)</p>	<p>Если поставщики ПП недоступны для пациентов в нерабочее время, это отрицательно сказывается на качестве оказания помощи при первом обращении. Поэтому должно быть организовано оказание медицинской помощи в нерабочее время.<sup>31, 35; 36; 39; 40</sup></p>	<p>1 = Отделения неотложной помощи в больницах почти (всегда) или обычно обеспечивают оказание ПП в нерабочее время</p> <p>2 = Помощь в нерабочее время периодически предоставляется в рамках системы ПП</p> <p>3 = Помощь в нерабочее время (всегда или как правило) предоставляется в рамках системы ПП</p>
Ценовая доступность услуг ПП (ДОС4)	<p>Должны ли пациенты обычно платить за посещение своего ВОП? [нет; в некоторой степени; в полном объеме] (ДОС4.1а)</p>	<p>Одной из наиболее стабильных характеристик политики в странах с крепкой системой ПП является бесплатное предоставление пациентам услуг ПП либо низкая стоимость таких услуг в случае совместного несения расходов.<sup>1</sup></p>	<p>1 = Посещение ВОП оплачивается в полном объеме</p> <p>2 = Посещение ВОП оплачивается частично</p> <p>3 = Посещение ВОП бесплатно</p>
	<p>Должны ли пациенты обычно платить за лекарства или инъекции, назначенные им ВОП? [нет; в некоторой степени; в полном объеме] (ДОС4.1б)</p>	<p>Одной из наиболее стабильных характеристик политики в странах с крепкой системой ПП является бесплатное предоставление пациентам услуг ПП либо низкая стоимость таких услуг в случае совместного несения расходов.<sup>1</sup></p>	<p>1 = Лекарства или инъекции, назначенные ВОП, оплачиваются в полном объеме</p> <p>2 = Лекарства или инъекции, назначенные ВОП, оплачиваются частично</p> <p>3 = Лекарства или инъекции, назначенные ВОП, предоставляются бесплатно</p>

Оценка характеристик и показателей системы ПП

Компонент	Показатель	Обоснование	Оценка
	<b>Должны ли пациенты обычно платить за посещение врача-специалиста по направлению от своего ВОП?</b> [нет; в некоторой степени; в полном объеме] (ДОС4.1в)	Одной из наиболее стабильных характеристик политики в странах с крепкой системой ПП является бесплатное предоставление пациентам услуг ПП либо низкая стоимость таких услуг в случае совместного несения расходов. <sup>1</sup>	1 = Посещение врача-специалиста по направлению от ВОП оплачивается в полном объеме 2 = Посещение врача-специалиста по направлению от ВОП оплачивается частично 3 = Посещение врача-специалиста по направлению от ВОП бесплатно
	<b>Должны ли пациенты обычно платить за вызов ВОП на дом?</b> [нет; в некоторой степени] (ДОС4.1г)	Одной из наиболее стабильных характеристик политики в странах с крепкой системой ПП является бесплатное предоставление пациентам услуг ПП либо низкая стоимость таких услуг в случае совместного несения расходов. <sup>1</sup>	1 = Вызов ВОП на дом оплачивается пациентом в полном объеме 2 = Вызов ВОП на дом оплачивается пациентом частично 3 = Вызов ВОП на дом осуществляется бесплатно
	<b>% пациентов, которые считают, что стоимость услуг ПП не очень приемлема или совсем не приемлема.</b> (ДОС4.2)	Финансовая доступность услуг ПП является ключевой особенностью крепкой системы ПП. <sup>1</sup>	1 = >16,0% пациентов считают, что стоимость услуг ПП не очень приемлема или совсем не приемлема 2 = 6,0-16,0% пациентов считают, что стоимость услуг ПП не очень приемлема или совсем не приемлема 3 = <6,0% пациентов считают, что стоимость услуг ПП не очень приемлема или совсем не приемлема (Используемые проценты: 33,3% и 66,6% наблюдений)
Приемлемость услуг ПП (ДОС5)	<b>% пациентов, которые считают, что получить доступ к ВОП легко.</b> (ДОС5.1)	Приемлемость услуг ПП определяет, в какой степени услуги ПП устраивают пациента и обслуживаемое сообщество, а также влияет на доступность помощи. <sup>41-43</sup>	1 = < 82,7% 2 = 82,7–92,0% 3 = 92,0% > (Используемые проценты: 33,3% и 66,6% наблюдений)
Долгосрочная непрерывность оказания помощи (НЕП1)	<b>Есть ли у ВОП система списков пациентов?</b> [Да/Нет] (НЕП1.1)	Определенные с помощью системы списков пациентов размеры обслуживаемой группы населения стимулируют как поставщиков ПП, так и пациентов предоставлять и получать услуги на постоянной основе. Это благоприятно влияет на каждый аспект предоставления услуг ПП. <sup>31;44;45</sup>	1 = Нет системы списков пациентов 2 = Формальная, необязательная система списков пациентов 3 = Да, есть системы списков пациентов
	<b>Среднее число населения на одного ВОП.</b> (НЕП1.1а)	Определенные с помощью системы списков пациентов размеры обслуживаемой группы населения стимулируют как поставщиков ПП, так и пациентов предоставлять и получать услуги на постоянной основе. Это благоприятно влияет на каждый аспект предоставления услуг ПП. <sup>31;44;45</sup>	1 = >1774,37 пациентов 2 = <1542,66 пациентов 3 = 1542,66–1774,37 пациентов (Используемые проценты: 33,3% и 66,6% наблюдений)

## Оценка характеристик и показателей системы ПП

Компонент	Показатель	Обоснование	Оценка
	% пациентов, посещающих своего обычного поставщика ПП по поводу распространенных проблем со здоровьем. (НЕП1.2)	Постоянная привязанность пациента к конкретному поставщику, а не к конкретному месту, благоприятно влияет на качество помощи. <sup>1, 46</sup>	1 = < 77,8% 2 = 77,8–85,0% 3 = 85,0% > (Используемые проценты: 33,3% и 66,6% наблюдений)
Информационная непрерывность оказания помощи (НЕП2)	% ВОП, которые регулярно ведут (или сообщают, что ведут) клинические записи всех своих пациентов. (НЕП2.1)	Систематическое ведение медицинских записей - это важная мера по достижению информационной непрерывности оказания помощи, которая также способствует индивидуальному подходу к пациенту. Все это необходимо для обеспечения качества помощи. <sup>1, 47–49</sup>	1 = < 75% 2 = 75–85% 3 = 85% > (Мало/ нет отклонений)
	<b>Имеют ли ВОП в своем распоряжении компьютер в офисе?</b> [(почти) всегда/ как правило/ периодически/ редко или никогда] (НЕП2.2) Для каких целей ВОП обычно используют компьютер в своей практике? [варианты ответа: да/нет] 1. Запись пациентов на прием; 2. Выписывание счетов/управление финансами; 3. Назначение лекарств; 4. Ведение медицинских записей пациентов; 5. Поиск экспертной информации в интернете; 6. Передача информации о пациенте врачам-специалистам; 7. Передача назначений фармацевтам. (НЕП2.2а) Способны ли системы ведения клинических записей в ПП/общей практике формировать списки пациентов по диагнозам или риску для здоровья? (например, пациенты с астмой или диабетом или курящие пациенты) [Да/Нет] (НЕП2.2б)	Компьютеризация практики в сфере ПП приобретает все большее значение в плане доказательной медицины, обучения и управления знаниями, а также процессов улучшения качества. Эффективное использование компьютерных приложений положительно сказывается на действенности и качестве помощи. <sup>1, 50–52</sup>	1 = ВОП используют (или имеют) компьютеры в своих офисах редко или никогда* 2 = ВОП периодически используют компьютеры в своих офисах для разных целей* 3 = ВОП почти всегда или как правило используют компьютеры в своих офисах для разных целей* * Вычислите средний балл для всех пунктов следующим образом: 1 = 1 балл за ответ «редко/никогда» 2 = 2-4 балла за ответ «да» 3 = 5-7 баллов за ответ «да»
	<b>В какой степени ВОП используют сопроводительные письма (включающие необходимую информацию о диагнозе и проведенном лечении), когда направляют пациента к врачу-специалисту?</b> [(почти) всегда/ как правило/ периодически/ редко или никогда] (НЕП2.3)	Предоставление целостных услуг здравоохранения зависит от доступности и обмена информацией о пациенте с теми, кто участвует в оказании помощи данному пациенту. Для этого нужны сопроводительные письма. <sup>53–56</sup>	1 = ВОП используют сопроводительные письма редко или никогда 2 = ВОП используют сопроводительные письма периодически 3 = ВОП используют сопроводительные письма почти всегда или как правило
	<b>Получают ли практики ПП информацию в течение 24 часов о том, что пациент обращался за помощью в нерабочее время?</b> [(почти) всегда/ как правило/ периодически/ редко или никогда]: (НЕП2.4)	Для обеспечения качества медицинской помощи важно, чтобы регулярный поставщик помощи получал информацию о результатах посещения пациентом других медицинских работников как в рабочие часы, так и в нерабочее время. Помимо того, что поставщик ПП будет знать о состоянии своих пациентов, пациентам проще получить информацию от своего ВОП, чем от специалиста. <sup>53, 55, 57</sup>	1 = Практики ПП получают информацию в течение 24 часов о том, что пациент обращался за помощью в нерабочее время, редко или никогда 2 = Периодически 3 = Почти всегда или как правило

Оценка характеристик и показателей системы ПП

Компонент	Показатель	Обоснование	Оценка
	<b>В какой степени существует обратная связь после эпизода лечения между врачом-специалистом и ВОП, направившим к нему пациента?</b> [(почти) всегда/ как правило/ периодически/ редко или никогда]: (НЕП2.5)	Для обеспечения качества медицинской помощи важно, чтобы регулярный поставщик помощи получал информацию о результатах посещения пациентом других медицинских работников как в рабочие часы, так и в нерабочее время. Помимо того, что поставщик ПП будет знать о состоянии своих пациентов, пациентам проще получить информацию от своего ВОП, чем от специалиста. <sup>53; 55; 57.</sup>	1 = Врачи-специалисты передают информацию ВОП, направившему к ним пациента, редко или никогда 2 = Периодически 3 = Почти всегда или как правило
Непрерывность отношений при оказании помощи (НЕП3)	<b>Могут ли пациенты выбрать центр ПП и ВОП для регистрации?</b> [Да, пациенты могут свободно выбирать любой центр или ВОП/ Пациенты могут свободно выбирать центр, но в этом центре им назначают ВОП/ Пациентов прикрепляют к центру в их районе, но они могут свободно регистрироваться у любого ВОП в этом центре/ Нет, пациентов прикрепляют к центру ПП в их районе и назначают им ВОП в этом центре] (НЕП3.1)	Свободный выбор поставщика ПП повышает уверенность в хороших взаимоотношениях, чем прикрепление врача. Хорошо доказаны преимущества привязанности пациента к конкретному поставщику медицинской помощи, а не к конкретному месту. <sup>1</sup>	1 = Нет, пациентов прикрепляют к центру ПП и ВОП 2 = Пациенты могут выбрать центр, но не ВОП, либо они прикрепляются к центру, но могут выбрать ВОП 3 = Да, пациенты могут выбрать любой центр или ВОП
	<b>% пациентов, удовлетворенных отношениями со своим ВОП/врачом ПП.</b> (НЕП3.2)	Предоставление услуг высокого качества в значительной степени зависит от качества личных взаимоотношений между пациентами и поставщиком ПП, в идеале характеризующихся чувством ответственности за оказание скоординированной и комплексной помощи и взаимным доверием и лояльностью. <sup>49; 58-62</sup>	1 = В среднем < 75% пациентов удовлетворены своими отношениями с ВОП/поставщиком ПП 2 = В среднем 75-90% пациентов удовлетворены своими отношениями с ВОП/поставщиком ПП 3 = В среднем > 90% пациентов удовлетворены своими отношениями с ВОП/поставщиком ПП
	<b>% пациентов, удовлетворенных временем, отведенным на консультацию с ВОП/врачом ПП.</b> (НЕП3.26)	Предоставление услуг высокого качества в значительной степени зависит от качества личных взаимоотношений между пациентами и их поставщиком ПП, в идеале характеризующихся чувством ответственности за обеспечение скоординированной и комплексной помощи и взаимным доверием и лояльностью. <sup>49; 58-62</sup>	1 = В среднем < 75% пациентов удовлетворены временем, отведенным на консультацию с их ВОП/врачом ПП 2 = В среднем 75-90% пациентов удовлетворены временем, отведенным на консультацию с их ВОП/врачом ПП 3 = В среднем > 90% пациентов удовлетворены временем, отведенным на консультацию с их ВОП/врачом ПП

## Оценка характеристик и показателей системы ПП

Компонент	Показатель	Обоснование	Оценка
	% пациентов, удовлетворенных объяснениями, которые дает ВОП или врач ПП относительно проблем со здоровьем, процедур и лечения. (НЕРЗ.2в)	Предоставление услуг высокого качества в значительной степени зависит от качества личных взаимоотношений между пациентами и их поставщиком ПП, в идеале характеризующихся чувством ответственности за обеспечение скоординированной и комплексной помощи и взаимным доверием и лояльностью. <sup>49, 58-62</sup>	1 = В среднем < 75% пациентов удовлетворены объяснениями, которые дает ВОП или врач ПП относительно проблем со здоровьем, процедур и лечения 2 = В среднем 75-90% пациентов удовлетворены объяснениями, которые дает ВОП или врач ПП относительно проблем со здоровьем, процедур и лечения 3 = В среднем > 90% пациентов удовлетворены объяснениями, которые дает ВОП или врач ПП относительно проблем со здоровьем, процедур и лечения
Диспетчерская система (КОО1)	<b>Необходимо ли пациентам направление для доступа к следующим специалистам в области медицины, фельдшерского и сестринского дела?</b> [1. Да, обычно требуется направление; 2. Нет, они имеют прямой доступ; 3. Прямой доступ возможен, если визит оплачивается частным образом (из собственных средств пациента или компенсируется дополнительным страхованием)]: Гинеколог/акушер; педиатр; терапевт; офтальмолог; ЛОР-врач; кардиолог; невропатолог; хирург; медсестра общей практики/ПП; специализированная медсестра (например, по диабету); медсестра по уходу на дому; физиотерапевт (амбулаторный); акушерка (амбулаторная); трудотерапевт; логопед; стоматолог. (КОО1.1)	Диспетчерская система оказывает ряд положительных влияний на системы здравоохранения. Наиболее важно то, что применение диспетчерской системы сопровождается сокращением затрат, повышением отзывчивости системы к потребностям пациентов и улучшением качества обслуживания. <sup>1, 63-65</sup>	1 = Нет диспетчерской системы (пациенты имеют прямой доступ к большинству специалистов) 2 = Нет диспетчерской системы, но применяются финансовые стимулы (прямой доступ к большинству специалистов возможен при условии оплаты стоимости визита в частном порядке) 2,5 = Да, диспетчерская система действует частично (необходимы направления к некоторым специалистам) 3 = Да, есть диспетчерская система (обычно для доступа к большинству специалистов требуется направление)
Сочетание профессиональных навыков у поставщиков ПП (КОО2)	% практик ПП, которые: - ведет один врач (индивидуальные); - ведут 2-3 ВОП в одном здании, без врачей-специалистов; - 4 или больше ВОП в одном здании, без врачей-специалистов; - ВОП и врачи-специалисты (смешанная практика), (КОО2.1)	Групповые практики и группы из разных специалистов независимо связаны с более высоким качеством обслуживания. <sup>66</sup> Включение врачей общей практики в специализированную помощь ведет к повышению экономической эффективности услуг и улучшению показателей здоровья населения. <sup>52</sup>	1 = Большинство практик ведется индивидуально 2 = Большинство составляют групповые практики ВОП 3 = Большинство составляют смешанные практики ВОП и врачей-специалистов



Оценка характеристик и показателей системы ПП

Компонент	Показатель	Обоснование	Оценка
	<b>Проводит ли ВОП регулярные совещания (по крайней мере один раз в месяц) со следующими специалистами?</b> [Да, это часто встречается/ Да, это обычно встречается/ Нет, это встречается периодически/ Это редко встречается или никогда]. Поясните: другие ВОП; медсестры общей практики; практикующие медсестры; медсестры по уходу на дому; акушерки; физиотерапевты ПП; фармацевты в местных сообществах; социальные работники; общественные работники охраны психического здоровья. (КОО2.2)	Тесное сотрудничество между различными поставщиками ПП оптимизирует лечение пациентов, тем самым укрепляя систему ПП. Вне зависимости от формы групповой работы необходима некая процедура структурной коммуникации между поставщиками ПП при лечении общих пациентов. <sup>31,32; 68; 69.</sup>	1 = ВОП лично встречается с другими поставщиками ПП редко или никогда* 2 = ВОП периодически лично встречается с другими поставщиками ПП* 3 = ВОП лично встречается с другими поставщиками ПП* часто/ на регулярном основе* * Вычислите средний балл для всех пунктов следующим образом: 1 = редко или никогда 2 = периодически 3 = часто/обычно
	<b>Насколько распространено в общей практике/ПП ведение медсестрами курсов для диабетиков?</b> [очень распространено/ обычно/ редко/ практически не встречается] (КОО2.3а)	Эффективность в общей практике может быть достигнута путем делегирования большего числа задач вспомогательному персоналу практики. <sup>33; 42; 70</sup> Медсестры различных специальностей чаще, чем врачи, оказывают услуги по коррекции поведения, связанного с риском для здоровья. <sup>19</sup>	1 = Ведение в общей практике/ПП медсестрами курсов для диабетиков встречается редко 3 = Ведение в общей практике/ПП медсестрами курсов для диабетиков встречается часто
	<b>Насколько распространено в общей практике/ ПП ведение медсестрами санитарного просвещения (например, о прекращении курения или для беременных женщин)?</b> [очень распространено/ обычно/ редко/ практически не встречается] (КОО2.3б)	Эффективность в общей практике может быть достигнута путем делегирования большего числа задач вспомогательному персоналу практики. <sup>33; 42; 70</sup> Медсестры различных специальностей чаще, чем врачи, оказывают услуги по коррекции поведения, связанного с риском для здоровья. <sup>19</sup>	1 = Ведение в общей практике/ПП медсестрами санитарного просвещения встречается редко 3 = Ведение в общей практике/ПП медсестрами санитарного просвещения встречается часто
Сотрудничество между системой ПП и вторичной помощи (КОО3)	<b>Насколько распространены следующие формы сотрудничества между ВОП/ ПП и врачами-специалистами?</b> [очень часто/ обычно/ редко/ практически не встречается] 1. Врачи-специалисты посещают офис ПП с целью оказания специализированной помощи, обычно предоставляемой в больнице (замещаемая специализированная помощь). 2. Врачи-специалисты, посещают офис ПП для оказания совместной помощи с ВОП (совместная консультация) 3. Врачи-специалисты проводят клинические занятия с ВОП. (КОО3.1)	Организация совместного оказания помощи между поставщиками первичной и вторичной помощи стимулирует взаимное обучение, способствует сотрудничеству на разных уровнях, содействует оказанию помощи в соответствии с клиническими руководствами, сокращает использование стационарной помощи и улучшает надлежащее назначение лекарств и соблюдение режима лечения. Тем самым улучшаются показатели здоровья населения. <sup>39; 53; 56; 71-76</sup>	1 = ВОП/поставщики ПП редко сотрудничают с врачами-специалистами* 2 = Как правило, существуют различные формы сотрудничества между ВОП/ПП и врачами-специалистами* 3 = Различные формы сотрудничества между ВОП/ ПП и врачами-специалистами очень распространены* * Вычислите средний балл для всех трех вопросов следующим образом: 1 = редко или практически не встречается 2 = обычно 3 = очень распространено

## Оценка характеристик и показателей системы ПП

Компонент	Показатель	Обоснование	Оценка
	<p><b>Насколько распространены запросы от ВОП на консультацию (телефонную) со следующими врачами-специалистами?</b> [очень часто/ обычно/ редко/ практически не встречается]</p> <p>1. Педиатры; 2. Терапевты; 3. Гинекологи; 4. Хирурги; 5. Невропатологи; 6. Дерматологи; 7. Гериатры. (КОО3.1a)</p>	<p>Организация совместной помощи оптимизирует обслуживание пациентов и улучшает показатели здоровья. Вне зависимости от формы сотрудничества должна существовать некая процедура структурной коммуникации между поставщиками ПП при лечении общих пациентов.<sup>31;32; 68; 69.</sup></p>	<p>1 = ВОП редко консультируются (по телефону) с разными специалистами* 2 = ВОП часто консультируются (по телефону) с разными специалистами* * Вычислите средний балл для всех семи специалистов следующим образом: 1 = редко или практически не встречается 2 = обычно («очень часто» не встречается)</p>
Интеграция общественного здравоохранения в систему ПП (КОО4)	<p><b>Используются ли клинические записи пациентов из системы общей практики/ПП на региональном или местном уровне для определения потребностей либо приоритетов в области политики здравоохранения?</b> [регулярно (медицинская статистика)/ периодически/ редко или никогда не используются] (КОО4.1)</p>	<p>Влияние ПП на обеспечение равенства в отношении здоровья зависит от наличия информации о потребностях пациентов в различных регионах, в которых находятся практики ПП.1 Целенаправленные услуги с учетом местных потребностей действительно повышают качество и оперативность ПП.<sup>42</sup></p>	<p>1 = Используются редко или никогда не используются 2 = Время от времени 3 = Регулярно (медицинская статистика)</p>
	<p><b>Проводятся ли исследования в области общественного здравоохранения с целью повышения качества и оперативности ПП?</b> [регулярно по всей стране/ периодически по всей стране/ регулярно на местном или региональном уровне/ периодически на местном или региональном уровне] (КОО4.2)</p>	<p>Влияние ПП на обеспечение равенства в отношении здоровья зависит от наличия информации о потребностях пациентов в различных регионах, в которых находятся практики ПП.1 Целенаправленные услуги с учетом местных потребностей действительно повышают качество и оперативность ПП.<sup>42</sup></p>	<p>1 = Время от времени на местном или региональном уровне 2 = Регулярно на местном или региональном уровне 3 = Регулярно или время от времени по всей стране</p>
Имеющееся медицинское оборудование (КОМ1)	<p><b>Насколько распространено наличие следующего оборудования в учреждениях ПП:</b> [(почти) всегда/ обычно/ периодически/ редко или никогда] 1. Детские весы; 2. Тесты на глюкозу; 3. Повязки/бинты; 4. Отоскоп; 5. Аппарат ЭКГ; 6. Тест-полоски для анализа мочи; 7. Инструменты для зашивания ран; 8. Гинекологическое зеркало; 9. Пневмотахометр (КОМ1.1)</p>	<p>Дефицит оборудования и расходных материалов препятствует предоставлению услуг ПП.<sup>12</sup></p>	<p>1 = Учреждения ПП имеют мало оборудования в своем распоряжении 2 = Учреждения ПП имеют ограниченный набор оборудования 3 = Учреждения ПП обычно имеют полный набор оборудования * Вычислите средний балл для всех 9 элементов следующим образом: 1 = редко или никогда 2 = периодически 3 = часто/обычно</p>

Оценка характеристик и показателей системы ПП

Компонент	Показатель	Обоснование	Оценка
Первое обращение при распространенных проблемах со здоровьем (КОМ2)	<b>Как часто посещают ВОП пациенты для получения первой помощи по поводу следующих проблем со здоровьем?</b> [(почти) всегда/ как правило/ периодически/ редко или никогда]: ребенок с сильным кашлем; ребенок в возрасте 8 лет, имеющий проблемы со слухом; женщина в возрасте 18 лет, нуждающаяся в пероральной контрацепции; женщина в возрасте 20 лет, нуждающаяся в подтверждении беременности; женщина в возрасте 35 лет с нерегулярными менструациями; женщина в возрасте 35 лет с социально-психологическими проблемами; женщина в возрасте 50 лет с но-вообразованием в молочной железе; мужчина в возрасте 28 лет со впервые случившимся эпизодом судорог; мужчина с суицидальными наклонностями; мужчина в возрасте 52 лет с алкогольной зависимостью. (КОМ2.1)	Оказание первой помощи поставщиками ПП необходимо для решения разнообразных и зачастую очень простых проблем в местном сообществе. <sup>32, 53; 58; 77–78</sup>	1 = ВОП редко оказывают первую помощь при впервые возникших проблемах со здоровьем 2 = ВОП периодически оказывают первую помощь при впервые возникших проблемах со здоровьем 3 = ВОП обычно оказывают первую помощь при впервые возникших проблемах со здоровьем * Вычислите средний балл для всех 10 элементов следующим образом: 1 = редко или никогда 2 = периодически 3 = часто/обычно
Лечение заболеваний и последующее наблюдение (КОМ3)	<b>Как часто получают лечение/последующее наблюдение у своего ВОП пациенты со следующими заболеваниями?</b> [(почти) всегда/ как правило/ периодически/ редко или никогда]: хронический бронхит; язва желудка и двенадцатиперстной кишки; застойная сердечная недостаточность; пневмония; неосложненный диабет 2-го типа; ревматоидный артрит; легкая депрессия; рак (необходимость паллиативной помощи); пациенты, поступившие в дом престарелых/здравницу. (КОМ3.1)	Предоставление поставщиками ПП широкого диапазона услуг связано с лучшими показателями здоровья населения при меньших затратах. <sup>1, 19</sup>	1 = ВОП редко участвуют в лечении заболеваний пациентов своей практики и последующем наблюдении за ними 2 = ВОП периодически участвуют в лечении заболеваний пациентов своей практики и последующем наблюдении за ними 3 = ВОП обычно участвуют в лечении заболеваний пациентов своей практики и последующем наблюдении за ними * Вычислите средний балл для всех 9 элементов следующим образом: 1 = редко или никогда 2 = периодически 3 = часто/обычно
	% от общего числа обратившихся пациентов, обслуживаемых ВОП самостоятельно, без направления к другим поставщикам медицинских услуг. (КОМ3.2)	Оказание первой помощи поставщиками ПП необходимо для решения разнообразных и зачастую очень простых проблем в местном сообществе. <sup>32, 53; 58; 77–78</sup> Наличие в качестве постоянного источника медицинской помощи специалиста общего профиля, такого как ВОП, а не узкого специалиста, связано с лучшими показателями здоровья населения и снижением расходов на здравоохранение. <sup>1; 17–19</sup>	1 = < 80,0% 2 = 80,0-92,50% 3 = 92,50% > (Используемые проценты: 33,3% и 66,67% наблюдений)

## Оценка характеристик и показателей системы ПП

Компонент	Показатель	Обоснование	Оценка
Технические медицинские процедуры (КОМ4)	<b>Как часто ВОП или медсестра общей практики/ПП выполняют следующие процедуры, если один из их пациентов в этом нуждается?</b> [(почти) всегда/ как правило/ периодически/ редко или никогда]: клиновидная резекция вросшего ногтя пальца стопы; удаление кисты сальной железы с волосистой части головы; зашивание раны; Удаление бородавок; установка ВМС; удаление ржавого пятна с роговицы; осмотр глазного дна; суставная инъекция; бинтование голеностопного сустава; установка внутривенной инфузии. (КОМ4.1) Какие специалисты (помимо ВОП или медсестры общей практики/ПП) могут (также) выполнить эту процедуру? (пожалуйста, укажите 1 или 2, если применимо) (КОМ4.1а)	Предоставление поставщиками ПП широкого диапазона услуг связано с лучшими показателями здоровья населения при меньших затратах. <sup>1: 19</sup>	1 = ВОП или медсестры общей практики/ПП редко участвуют в выполнении технических медицинских процедур 2 = ВОП или медсестры общей практики/ПП периодически участвуют в выполнении технических медицинских процедур 3 = ВОП или медсестры общей практики/ПП обычно участвуют в выполнении технических медицинских процедур 15 * Вычислите средний балл для всех 10 элементов следующим образом: 1 = редко или никогда 2 = периодически 3 = часто/обычно
Профилактическая помощь (КОМ5)	<b>Как часто ВОП выполняют следующие профилактические мероприятия?</b> [(почти) всегда/ как правило/ периодически/ редко или никогда]: иммунизация против столбняка; аллерговакцинация; тестирование на заболевания, передающиеся половым путем; скрининг на ВИЧ/СПИД; вакцинация против гриппа для групп высокого риска; скрининг на рак шейки матки; скрининг на рак молочной железы; определение уровня холестерина. (КОМ5.1) Какие специалисты (помимо ВОП) могут (также) провести это профилактическое мероприятие? (пожалуйста, укажите 1 или 2, если применимо) (КОМ5.1а)	Выполнение профилактических мероприятий в условиях ПП является экономически эффективным и ведет к улучшению показателей здоровья населения. <sup>1: 58</sup> В целом предоставление поставщиками ПП широкого диапазона услуг связано с лучшими показателями здоровья населения при меньших затратах. <sup>1: 19</sup>	1 = ВОП редко участвуют в оказании профилактической помощи 2 = ВОП периодически участвуют в оказании профилактической помощи 3 = ВОП обычно участвуют в оказании профилактической помощи * Вычислите средний балл для всех 8 элементов следующим образом: 1 = редко или никогда 2 = периодически 3 = часто/обычно
Охрана здоровья матери и ребенка и охрана репродуктивного здоровья (КОМ6)	<b>Как часто ВОП предоставляют следующие услуги по охране здоровья своим пациентам, когда они в них нуждаются?</b> [(почти) всегда/ как правило/ периодически/ редко или никогда]: - Планирование семьи/контрацепция - Плановое дородовое наблюдение (в соответствии с национальной схемой) - Плановое педиатрическое наблюдение детей до 4 лет (КОМ6.1) Помимо ВОП, какие еще специалисты могут предоставить эти услуги по охране здоровья? (пожалуйста, укажите 1 или 2, если применимо) (КОМ6.1а)	Выполнение профилактических мероприятий в условиях ПП является экономически эффективным и ведет к улучшению показателей здоровья населения. <sup>1: 79</sup> В целом предоставление поставщиками ПП широкого диапазона услуг связано с лучшими показателями здоровья населения при меньших затратах. <sup>1: 19</sup>	1 = ВОП редко участвуют в охране здоровья матери и ребенка и охране репродуктивного здоровья 2 = ВОП периодически участвуют в охране здоровья матери и ребенка и охране репродуктивного здоровья 3 = ВОП обычно участвуют в охране здоровья матери и ребенка и охране репродуктивного здоровья * Вычислите средний балл для всех трех элементов следующим образом: 1 = редко или никогда 2 = периодически 3 = часто/обычно

Оценка характеристик и показателей системы ПП

Компонент	Показатель	Обоснование	Оценка
	<p>В какой степени ВОП (или медсестра общей практики) участвуют в вакцинации детей против: [(почти) всегда/ как правило/ периодически/ редко или никогда]:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- дифтерии</li> <li>- столбняка</li> <li>- коклюша</li> <li>- кори</li> <li>- гепатита В</li> <li>- эпидемического паротита</li> <li>- краснухи (КОМ6.2)</li> </ul>	<p>Выполнение профилактических мероприятий в условиях ПП является экономически эффективным и ведет к улучшению показателей здоровья населения.<sup>1: 58</sup> В целом предоставление поставщиками ПП широкого диапазона услуг связано с лучшими показателями здоровья населения при меньших затратах.<sup>1:19</sup></p>	<p>1 = ВОП редко участвуют в вакцинации детей                  2 = ВОП периодически участвуют в вакцинации детей                  3 = ВОП обычно участвуют в вакцинации детей                  * Вычислите средний балл для всех семи элементов следующим образом:                  1 = редко или никогда                  2 = периодически                  3 = часто/обычно</p>
Укрепление здоровья (КОМ7)	<p><b>Как часто, если обслуживаемое население в этом нуждается, ВОП проводят индивидуальные консультирование по следующим вопросам?</b> [(почти) всегда/ как правило/ периодически/ редко или никогда]:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Консультирование по поводу ожирения</li> <li>- Консультирование по поводу недостаточной физической активности</li> <li>- Консультирование по поводу прекращения курения</li> <li>- Консультирование по поводу алкогольной зависимости (КОМ7.1) Помимо ВОП, какие еще специалисты могут предоставить это консультирование? (пожалуйста, укажите 1 или 2, если применимо) (КОМ7.1а)</li> </ul>	<p>Выполнение профилактических мероприятий в условиях ПП является экономически эффективным и ведет к улучшению показателей здоровья населения.<sup>1: 79</sup> В целом предоставление поставщиками ПП широкого диапазона услуг связано с лучшими показателями здоровья населения при меньших затратах.<sup>1:19</sup></p>	<p>1 = ВОП редко участвуют в проведении индивидуальных консультаций по укреплению здоровья                  2 = ВОП периодически участвуют в проведении индивидуальных консультаций по укреплению здоровья                  3 = ВОП обычно участвуют в проведении индивидуальных консультаций по укреплению здоровья                  * Вычислите средний балл для всех четырех элементов следующим образом:                  1 = редко или никогда                  2 = периодически                  3 = часто/обычно</p>
	<p><b>В какой степени ВОП (самостоятельно или вместе с другими работниками) участвуют в групповом санитарном просвещении своих пациентов (по таким вопросам, как здоровое питание, физическая активность, курение, употребление алкоголя и т.п.)?</b> [обычная задача ВОП/ периодически участвуют/ редко или никогда] (КОМ7.2)</p>	<p>Выполнение профилактических мероприятий в условиях ПП является экономически эффективным и ведет к улучшению показателей здоровья населения.<sup>1: 79</sup> В целом предоставление поставщиками ПП широкого диапазона услуг связано с лучшими показателями здоровья населения при меньших затратах.<sup>1:19</sup></p>	<p>1 = ВОП редко участвуют в групповом санитарном просвещении                  2 = ВОП периодически участвуют в групповом санитарном просвещении                  3 = ВОП обычно участвуют в групповом санитарном просвещении</p>

Сокращения:

ПП - первичная помощь; НПО - неправительственные организации; ВОП - врач общей практики; СВ - семейный врач; ОП/ПП - общая практика/первичная помощь

### **Двухуровневая модель для подсчета баллов**

На основании показателей для каждой страны были вычислены девять отдельных оценок с помощью двухуровневой иерархической модели скрытой регрессии. Зависимая переменная — это оценки для каждой страны по показателям, относящимся к этому аспекту. В фиксированной части модели среднее значение по аспекту оценивали вместе с эффектами показателя (кодируя отклонения) для контроля различий в средних значениях показателей. В произвольной части, на первом уровне, ошибки измерения показателей моделировали как отдельные дисперсионные члены для каждого показателя, чтобы учитывать различия в показателях, стандартные отклонения.

На втором уровне моделировали влияние каждой страны на этот аспект, а затем вычисляли оценки страны по данному аспекту. Такой подход позволяет корректно рассчитать оценки по аспектам даже при отсутствии некоторых национальных показателей.

## Библиография

1. Starfield B, Shi L, Macinko J (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Quarterly*, 83:457–502.
2. Starfield B (2006). State of the art in research on equity in health. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 31:11–32.
3. Boerma WGW et al. (2009). Evaluation of the organizational model of primary care in Belarus. A survey-based project in the regions of Minsk and Vitebsk. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
4. Scrivens E (2007). The future of regulation and governance. *Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 127:72–77.
5. Crampton P (2005). The ownership elephant: ownership and community-governance in primary care. *New Zealand Medical Journal*, 118:U1663.
6. Contencin P, Falcoff H, Doumenc M (2006). Review of performance assessment and improvement in ambulatory medical care. *Health Policy*, 77:64–75.
7. Grol R et al. (1997). Systems for quality improvement in general practice. *European Journal of General Practice*, 3:65–68.
8. Tamblyn R et al. (2002). Association between licensure examination scores and practice in primary care. *JAMA – Journal of the American Medical Association*, 288:3019–3026.
9. Kringos DS, Boerma WGW, Pellny M (2009). Measuring mechanisms for quality assurance in primary care systems in transition: test of a new instrument in Slovenia and Uzbekistan. *Quality in Primary Care*, 17(3):165–177.
10. Grol R (1993). Development of guidelines for general practice care. *British Journal of General Practice*, 43:146–151.
11. Roland M, Marshall M (2004). Measuring the quality of primary medical care. In: Jones R et al., eds. *Oxford textbook of primary medical care: principles and concepts* (vol. I). Oxford, Oxford University Press:464–469.
12. Nelson BD et al. (2003). Multimodal assessment of the primary healthcare system of Serbia: a model for evaluating post-conflict health systems. *Prehospital and Disaster Medicine*, 18:6–13.
13. Campbell S et al. (2007). Quality of primary care in England with the introduction of pay for performance. *New England Journal of Medicine*, 357:181–90+114.
14. Doran T et al. (2008). Effect of financial incentives on inequalities in the delivery of primary clinical care in England: analysis of clinical activity indicators for the quality and outcomes framework. *The Lancet*, 372:728–736.
15. Pink GH et al. (2006). Pay-for-performance in publicly financed healthcare: some international experience and considerations for Canada. *Healthcare Papers*, 6:8–26.
16. Simoens S, Giuffrida A (2004). The impact of physician payment methods on raising the efficiency of the healthcare system: an international comparison. *Applied Health Economics and Health Policy*, 3:39–46.
17. Franks P, Fiscella K (1998). Primary care physicians and specialists as personal physicians: health care expenditures and mortality experience. *Journal of Family Practice*, 47:105–109.

18. Gerritsma JGM, Smal JA (1982). Werkwijze van huisarts en internist: een vergelijkend onderzoek met behulp van een interactieve patiëntensimulatie [Working method of GPs and internists: a comparative study using an interactive patient simulation]. Utrecht: Wetenschappelijke Uitgeverij Bunge.
19. Lee A (2007). Improving health and building human capital through an effective primary care system. *Journal of Urban Health*, 84:i75–i85.
20. Hung DY (2007). Improving the delivery of preventive care services. *Managed Care Interface*, 20:38–44.
21. European Commission (2008). Green Paper on the European workforce for health. European Commission. COM(2008) 725 final, 1–14. Brussels, European Commission.
22. Van den Berg M (2010). Workload in general practice. Utrecht, NIVEL.
23. Svab I (2004). General practice east of Eden: an overview of general practice in Eastern Europe. *Croatian Medical Journal*, 45:537–542.
24. Bosch WJHM van den, Freeman G (2004). Coordination and continuity of care. In: Jones R et al., eds. *Oxford textbook of primary medical care: principles and concepts* (vol. I). Oxford, Oxford University Press: 267–273.
25. Lember M (1996). Revaluation of general practice/family medicine in the Estonian health care system. *European Journal of General Practice*, 2:72–74.
26. Van der Zee, Kroneman MW, Bolibar B (2003). Conditions for research in general practice: can the Dutch and British experiences be applied to other countries, for example Spain? *European Journal of General Practice*, 9:41–47.
27. Parchman ML, Culler S (1994). Primary care physicians and avoidable hospitalizations. *Journal of Family Practice*, 39:123–128.
28. Starfield B et al. (2005). The effects of specialist supply on populations' health: assessing the evidence. *Health Affairs*, Jan.–June:W5-97–W5-107.
29. Welch WP, Miller M, Welch HG (1993). Geographic variation in expenditure for physicians' services in the United States. *New England Journal of Medicine*, 328:621–627.
30. Ansari Z (2007). The concept and usefulness of ambulatory care sensitive conditions as indicators of quality and access to primary health care. *Australian Journal of Primary Health*, 13:91–110.
31. Campbell J et al. (2004). The future of access to general practice-based primary medical care. Informing the debate. London, Royal College of General Practitioners:1–38.
32. Boerma WGW, Fleming DM (1998). The role of general practice in primary health care. Norwich: The Stationery Office.
33. Schellevis FG, Westert GP, de Bakker DH (2005). The actual role of general practice in the Dutch health-care system: results of the Second Dutch National Survey of General Practice. *Journal of Public Health (United Kingdom)*, 13:265–269.
34. Engels Y et al. (2005). Developing a framework of, and quality indicators for, general practice management in Europe. *Family Practice*, 22:215–222.
35. Grol R, Giesen P, van Uden C (2006). After-hours care in the United Kingdom, Denmark, and the Netherlands: new models. *Health Affairs (Millwood)*, 25:1733–1737.



36. Leibowitz R, Day S, Dunt D (2003). A systematic review of the effect of different models of after-hours primary medical care services on clinical outcome, medical workload, and patient and GP satisfaction. *Family Practice*, 20:311–317.
37. Salisbury C (2004). Does advanced access work for patients and practices? *British Journal of General Practice*, 54:330–331.
38. van Uden CJ et al. (2006). Out-of-hours primary care. Implications of organisation on costs. *BMC Family Practice*, 7:29.
39. Gruen RL et al. (2003). Specialist outreach clinics in primary care and rural hospital settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
40. Hutchison B et al. (2003). Patient satisfaction and quality of care in walk-in clinics, family practices and emergency departments: the Ontario walk-in clinic study. *Canadian Medical Association Journal*, 168:977–983.
41. Arah OA et al. (2006). A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. *International Journal for Quality in Health Care*, 18(Suppl. 1):5–13.
42. Chapman JL et al. (2004). Systematic review of recent innovations in service provision to improve access to primary care. *British Journal of General Practice*, 54:374–381.
43. Green A, Ross D, Mirzoev T. Primary health care and England: the coming of age of Alma Ata? *Health Policy*, 80:11–31.
44. Campbell JL (1996). The reported availability of general practitioners and the influence of practice list size. *British Journal of General Practice*, 46:465–468.
45. Groenewegen PP, Hutten JB, van der Velden K (1992). List size, composition of practice and general practitioners' workload in the Netherlands. *Social Science & Medicine*, 34:263–270.
46. van Servellen G, Fongwa M, Mockus D'Errico E (2006). Continuity of care and quality care outcomes for people experiencing chronic conditions: a literature review. *Nursing & Health Sciences*, 8:185–195.
47. Heyerick J et al. (1994). Het gebruik van medische dossiers [The use of medical records]. *Huisarts Nu*, 23(10):390–394.
48. Metsemakers JFM, Tayar D (2004). The medical record. In: Jones R et al., eds. *Oxford textbook of primary medical care: principles and concepts (vol. I)*. Oxford, Oxford University Press:445–449.
49. Saultz JW (2003). Defining and measuring interpersonal continuity of care. *Annals of Family Medicine*, 1:134–143.
50. Campbell SM, Roland MO, Gormanly B (1996). Evaluation of a computerized appointment system in general practice. *British Journal of General Practice*, 46:477–478.
51. McInnes DK, Saltman DC, Kidd MR (2006). General practitioners' use of computers for prescribing and electronic health records: results from a national survey. *Medical Journal of Australia*, 185:88–91.
52. Stille CJ et al. (2005). Coordinating care across diseases, settings, and clinicians: a key role for the generalist in practice. *Annals of Internal Medicine*, 142:700–708.
53. Shi L, Starfield B, Xu J (2001). Validating the adult primary care assessment tool. *Journal of Family Practice*, 50:161.

54. Fletcher RH et al. (1984). Measuring the continuity and coordination of medical care in a system involving multiple providers. *Medical Care*, 22:403–411.
55. Rigby M et al. (1998). Integrated record keeping as an essential aspect of a primary care led health service. *British Medical Journal*, 317:579–582.
56. Winkens R, Wallace P (2004). Interprofessional communication. In: Jones R et al., eds. *Oxford textbook of primary medical care: principles and concepts (vol. I)*. Oxford, Oxford University Press:283–287.
57. Preston C et al. (1999). Left in limbo: patients' view on care across the primary/secondary interface. *Quality in Health Care*, 8:16–21.
58. Ferrer RL, Hambidge SJ, Maly RC (2005). The essential role of generalists in health care systems. *Annals of Internal Medicine*, 142:691–699.
59. Fleming DM (2000). Continuity of care: a concept revisited. *European Journal of General Practice*, 6:140–150.
60. Flocke SA (1997). Measuring attributes of primary care: development of a new instrument. *Journal of Family Practice*, 45:64–74.
61. Hjortdahl P (2004). Continuity of care. In: Jones R et al., eds. *Oxford textbook of primary medical care: principles and concepts (vol. I)*. Oxford, Oxford University Press:249–252.
62. McWhinney IR (1998). Primary care: core values in a changing world. *British Medical Journal*, 316:1807–1809.
63. Bhat VN (2005). Institutional arrangements and efficiency of health care delivery systems. *European Journal of Health Economics*, 6:215–222.
64. Gross R, Tabenkin H, Brammli-Greenberg S (2000). Who needs a gatekeeper? Patients' views of the role of the primary care physician. *Family Practice*, 17:222–229.
65. Verhaak PFM et al. (2004). Demand and supply for psychological help in general practice in different European countries: access to primary mental health care in six European countries. *European Journal of Public Health*, 14:134–140.
66. Ashworth M, Armstrong D (2006). The relationship between general practice characteristics and quality of care: a national survey of quality indicators used in the UK Quality and Outcomes Framework, 2004–5. *BMC Family Practice*, 7:68.
67. Xyrichis A, Lowton K (2008). What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 45:140–153.
68. Griffin J (1996). *The future of primary care: papers from a symposium held on 13th September 1995*. London: Office of Health Economics.
69. Heideman J et al. (2006). De samenwerking tussen huisartsen en de GGZ is voor verbetering vatbaar [The collaboration between GPs and mental health care can be improved]. *TSG: Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 84:22–28.
70. Halcomb EJ et al. (2005). Nursing in Australian general practice: directions and perspectives. *Australian Health Review*, 29:156–166.
71. Bowling A, Bond M (2001). A national evaluation of specialists' clinics in primary care settings. *British Journal of General Practice*, 51:264–269.
72. Parkerton PH, Smith DG, Straley HL (2004). Primary care practice coordination versus physician continuity. *Family Medicine*, 36:15–21.

73. Roland M (2004). The primary–secondary care interface. In: Jones R et al., eds. *Oxford textbook of primary medical care: principles and concepts* (vol. I). Oxford, Oxford University Press:273–281.
74. Smith SM, Allwright S, O’Dowd T (2007). Effectiveness of shared care across the interface between primary and specialty care in chronic disease management. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD004910.
75. Starfield BH et al. (1976). Continuity and coordination in primary care: their achievement and utility. *Medical Care*, 14:625–636.
76. Vierhout WP et al. (1995). Effectiveness of joint consultation sessions of general practitioners and orthopaedic surgeons for locomotor-system disorders. *The Lancet*, 346:990–994.
77. Macinko J, Starfield B, Shi L (2003). The contribution of primary care systems to health outcomes within Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) countries, 1970–1998. *Health Service Research*, 38:831–865.
78. Starfield B (1998). *Primary care: balancing health needs, services, and technology*. New York, Oxford University Press.
79. Sans-Corrales M et al. (2006). Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs. *Family Practice*, 23:308–316.
80. Wilson A, Childs S (2003). The relationship between consultation length, process and outcomes in general practice: a systematic review. *British Journal of General Practice*, 52:1012–1020.
81. Ferech M et al. (2006). European Surveillance of Antimicrobial Consumption (ESAC): outpatient antibiotic use in Europe. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, 58:401–407.
82. Ansari Z (2007). A review of literature on access to primary health care. *Australian Journal of Primary Health*, 13:80–95.

Для многих граждан первичное звено медицинской помощи – это первая точка соприкосновения с системой здравоохранения, где могут оказать большую часть необходимой помощи или направить на другие уровни системы. Таким образом, первичное звено медико-санитарной помощи сильно влияет на то, как пациенты оценивают систему здравоохранения с точки зрения ее соответствия своим нуждам и ожиданиям.

В этом томе проанализированы основы организации и оказания первичной помощи в европейских странах с точки зрения управления, финансирования, кадрового обеспечения и спектра услуг, описаны особенности доступа к первичной помощи, непрерывности и координации ее оказания в различных странах. Сопоставляя эти различия с конечными показателями здоровья населения, авторы предлагают первоочередные шаги для сокращения разрыва между ожиданиями и реальностью.

Также проанализированы накопленные данные о дополнительном вкладе крепкого первичного звена в общую эффективность системы здравоохранения, и о том, как на первичное звено влияют финансовые трудности, новые угрозы для здоровья и изменения заболеваемости, развитие трудовых ресурсов и новые возможности, которые открывает технический прогресс.

Во втором томе, с которым можно ознакомиться в интернете, приводятся структурированные сводные обзоры состояния первичной помощи в 31 стране Европы. В них описан контекст системы первичной помощи в каждой стране; управление и экономическая ситуация; развитие трудовых ресурсов первичной помощи, особенности оказания услуг; а также качество и эффективность системы первичной помощи.

В основе этой книги лежит проект «Мониторинг первичной медико-санитарной помощи для Европы» (PHAMEU), который проводился под руководством Нидерландского института исследований служб здравоохранения (NIVEL) на средства ЕС и Европейской комиссии (Генеральный директорат по здравоохранению и защите прав потребителей).

#### Редакторы

Dionne S. Kringos – исследователь систем здравоохранения в Академическом медицинском центре, факультет социальной медицины, Амстердамский университет, Нидерланды.

Wienke G.W. Voerma – старший исследователь NIVEL, Нидерландского института исследований служб здравоохранения, Утрехт, Нидерланды.

Allen Hutchinson – профессор общественного здравоохранения и сейчас заслуженный профессор в Школе здоровья и исследований в этой области, Университет Шеффилда, Соединенное Королевство.

Richard B. Saltman – научный соруководитель по вопросам политики в области научных исследований Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения и профессор, специалист по политике и управлению в области здравоохранения, Школа общественного здравоохранения имени Роллинса, Университет Эмори, Атланта, Соединенные Штаты Америки.

---

Серия «Исследования Обсерватории»

№ 38

[www.healthobservatory.eu](http://www.healthobservatory.eu)

