



ЕВРОПА

**Каковы преимущества и недостатки
реструктурирования системы
здравоохранения в целях ее большей
ориентации на службы первичной медико-
санитарной помощи?**

Январь 2004 г.

АННОТАЦИЯ

Сводный доклад Сети фактических данных по вопросам здоровья, посвященный преимуществам и недостаткам реструктурирования системы здравоохранения в сторону большей ориентации на службы первичной медико-санитарной помощи.

Фактические данные демонстрируют ряд преимуществ (лучшие показатели здоровья населения, уровни доступа, соблюдения социальной справедливости, обеспечения непрерывности и преемственности помощи, а также меньшие затраты) в системах здравоохранения, в большей степени опирающихся на первичную медико-санитарную помощь и общую практику по сравнению с системами, делающими упор на специализированную помощь.

Данный доклад представляет собой ответ СФДЗ на вопрос, который мог бы возникнуть у деятеля, отвечающего за принятие политики. Он содержит синтетическое обобщение наиболее достоверных из имеющихся фактических данных, включая краткую сводку основных результатов и выводов, а также рекомендации в отношении политики по данному вопросу.

СФДЗ – это инициированная и координируемая Европейским региональным бюро ВОЗ информационная служба для лиц, ответственных за принятие решений в системах общественного здравоохранения стран Европейского региона ВОЗ. Информация, предоставляемая СФДЗ может быть полезна и для других заинтересованных сторон.

Настоящий доклад СФДЗ составлен приглашенными для этой цели экспертами, и на них лежит ответственность за его содержание, которое не обязательно отражает официальную политику ЕРБ/ВОЗ. Доклад был подвергнут международному рецензированию, организованному сотрудниками СФДЗ.

При цитировании данного доклада просьба приводить следующее описание:

Atun R (2004). *Каковы преимущества и недостатки реструктурирования системы здравоохранения в целях ее большей ориентации на службы первичной медико-санитарной помощи?* Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ (доклад Сети фактических данных по вопросам здоровья; <http://www.euro.who.int/document/e82997R.pdf>, по состоянию на [day month year]).

Ключевые слова

ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ – ОРГАНИЗАЦИЯ И УПРАВЛЕНИЕ
ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ
ОЦЕНОЧНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ
КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ
ДОСТУП К УСЛУГАМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
АНАЛИЗ ЗАТРАТ И ВЫГОД
МЕТОДЫ ПОДДЕРЖКИ ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ
ЕВРОПА

Запросы по поводу публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ просьба направлять по следующим адресам:

По электронной почте по поводу разрешения на перепечатку публикаций – по адресу: permissions@euro.who.int;
по поводу получения копий публикаций - по адресу: publicationrequests@euro.who.int;
по поводу разрешения на перевод публикаций – по адресу: pubrights@euro.who.int.

По обычной почте Publications
WHO Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

©Всемирная организация здравоохранения, 2004 г.

Все права сохранены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет обращения с просьбой разрешить перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы ни в коем случае не отражают какого-либо мнения Всемирной организации здравоохранения относительно юридического статуса какой-либо страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Там, где в заголовках таблиц используется обозначение “страна или район”, оно охватывает страны, территории, города или районы. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых пока что еще может не быть полного согласия.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация 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.

Всемирная организация здравоохранения не гарантирует, что информация, содержащаяся в настоящей публикации, является полной и правильной, и не несет ответственности за какой-либо ущерб, нанесенный в результате ее использования. Мнения, выраженные авторами или редакторами данной публикации, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

СОДЕРЖАНИЕ

Резюме	5
Существо вопроса	5
Фактические данные	5
Рекомендации в отношении политики	6
Введение	6
Источники данного обзора	8
Определения первичной и специализированной помощи	9
Результаты научных исследований и другие фактические данные	9
Здоровье населения и совокупные расходы на здравоохранение	9
Социальная справедливость и доступ к помощи	10
Качество и эффективность помощи	10
Экономическая эффективность	12
Удовлетворенность пациентов качеством помощи	12
Возможность обобщений	13
Обсуждение	14
Выводы	15
Библиография	16
Приложение 1. Определение понятий первичной и специализированной помощи	21

Резюме

Существо вопроса

Правительства разных стран изучают возможности совершенствования систем здравоохранения в отношении их эффективности, действенности, способности эффективно удовлетворять потребности пациентов и населения в целом и обеспечения равноправия на основе соблюдения принципа справедливости. За последние годы важная роль первичной медико-санитарной помощи в достижении этих целей получила широкое признание. Однако систематического анализа эффективности системы первичной медико-санитарной помощи в сравнении с системой, ориентированной на специализированную помощь, не проводилось, равно как отсутствуют и убедительные доводы в пользу первичной медико-санитарной помощи.

В данном обзоре представлены фактические данные о преимуществах и недостатках реструктурирования системы здравоохранения в сторону большей ориентации на службы первичной медико-санитарной помощи. Он был составлен на основе быстрого, но систематического анализа основных опубликованных материалов по данному вопросу. Проведение оценки фактических данных является сложной задачей по ряду причин, включая различия в определениях служб, персонала и границ между первичной и вторичной медико-санитарной помощью, изменения организационных структур и все более активное использование бригад первичной медико-санитарной помощи. Исследований, в которых рассматривались бы конкретно преимущества систем здравоохранения, ориентированных на специализированную помощь, выявлено не было.

Фактические данные

Результаты международных исследований указывают на наличие взаимосвязи между уровнем развития системы первичной медико-санитарной помощи в стране и такими показателями здоровья населения, как смертность от всех причин, преждевременная смертность от всех причин и преждевременная смертность от основных респираторных и сердечно-сосудистых заболеваний. Эта взаимосвязь продолжает оставаться статистически значимой и после учета различных детерминантов здоровья населения, как на макроуровне (ВВП на душу населения, число врачей на 1000 населения, процент пожилых людей), так и на микроуровне (среднее число обращений в амбулаторные учреждения, уровень доходов на душу населения, потребление алкоголя и табака). Кроме того, обеспечение большей доступности первичной медико-санитарной помощи повышает степень удовлетворенности пациентов и снижает суммарный объем затрат на медико-санитарную помощь. Результаты исследований, проведенных в развитых странах, показывают, что в системах, ориентированных на специализированную помощь, может усиливаться неравенство в отношении доступа. Системы здравоохранения в странах с низким уровнем доходов, ориентированные преимущественно на предоставление первичной медико-санитарной помощи, обычно в большей степени обеспечивают защиту малоимущих слоев населения, равноправие и доступность. На уровне практического здравоохранения большинство исследований, в которых проводится сравнительный анализ услуг, предоставление которых возможно в рамках как первичной медико-

Каковы преимущества и недостатки реструктурирования системы здравоохранения в целях ее большей ориентации на службы первичной медико-санитарной помощи?

*Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ
Январь 2004 г.*

санитарной помощи, так и специализированной помощи, показывают, что большая ориентация на врачей общей практики (первичного уровня) снижает уровень затрат и увеличивает степень удовлетворенности пациентов, не оказывая отрицательного влияния на качество предоставляемой помощи или на результаты лечения пациентов. В большинстве исследований, анализирующих возможности предоставления некоторых видов услуг в рамках первичной, а не вторичной медико-санитарной помощи, показано, что в ряде случаев такие изменения могут быть экономически более целесообразными. Расширение служб первичной медико-санитарной помощи не всегда может приводить к снижению уровня затрат, поскольку в результате этого выявляются ранние неудовлетворенные потребности, повышаются возможности доступа и, как правило, повышается коэффициент использования медицинских служб.

Рекомендации в отношении политики

Имеющиеся фактические данные указывают на ряд преимуществ систем здравоохранения, ориентированных в большей степени на службы первичной медико-санитарной помощи и общей практики, по сравнению с системами, ориентированными на предоставление специализированной помощи, о чем свидетельствуют такие показатели, как улучшение здоровья населения, обеспечение более равноправного доступа к медицинской помощи и ее непрерывности, а также снижение затрат. Однако для обеспечения повсеместного применения уже имеющихся фактических данных необходимы более веские доказательства.

Автор данного сводного доклада СФДЗ:

Д-р Rifat Atun

Директор, Центр управления здравоохранением

Tanaka Business School

Imperial College London

South Kensington Campus

London SW7 2AZ

Тел.: +44 (0) 20 7594 9160

Факс: +44 (0) 20 7823 7685

Электронная почта: r.atun@imperial.ac.

Введение

В глобальном масштабе правительство каждой страны ищет пути, чтобы сделать свою систему здравоохранения более эффективной, рентабельной, оперативной и обеспечивающей соблюдение принципов социальной справедливости. Доклад ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире указывает на ряд стран, потенциальные возможности которых в данном отношении не полностью реализованы (1). Нет единого мнения относительно оптимальных структур, содержания и путей осуществления экономически-

эффективных видов помощи для достижения объективного улучшения здоровья населения.

На протяжении ряда лет признается роль первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в обеспечении экономически эффективной службы охраны здоровья (2, 3, 4). Однако, до сих пор не были подвергнуты систематическому анализу преимущества и недостатки систем здравоохранения, делающих упор на специализированную медицинскую помощь, в сравнении с системами, в большей степени опирающимися на врачей общего профиля и на первичную медико-санитарную помощь. В равной мере нет и твердо установленных неоспоримых доказательств в пользу последней. Настоящая работа содержит оценку эмпирических данных, относящихся к этой теме, путем обзора результатов исследований, опубликованных в период 1980 – 2003 гг. Обсуждается степень обобщаемости полученных результатов. Анализируются вопросы терминологии, относящейся к первичной медико-санитарной помощи.

В настоящем обзоре чередуется использование терминов «первичная медико-санитарная помощь - ПМСП (primary health care)», «первичная помощь (primary care)» и «общая практика (general practice)». Как правило, термины «первичная помощь» и «общая практика» относятся к первичной *медицинской* помощи (primary medical care). Как будет описано ниже, последняя составляет лишь часть более широкого набора целей и мер, входящих в понятие «первичная медико-санитарная помощь» в соответствии с дефиницией ВОЗ.

Данная работа была сопряжена с рядом неминуемых сложностей вследствие следующих обстоятельств:

- Существуют различные трактовки объема и роли общей практики, первичной помощи, первичной медико-санитарной помощи и услуг специалистов. Так, например, состав бригады первичной помощи может варьировать, включая в одних случаях лишь патронажную медсестру и фельдшера или сельского врача общей практики, а в других – многопрофильную группу до 30 сотрудников – специализированных медсестер, администраторов, вспомогательного персонала, специалистов в области семейной медицины и других направлений первичной помощи.
- Границы первичной и вторичной (специализированной) помощи неодинаковы в различных странах и в различных регионах той или иной страны, что значительно усложняет сравнительный анализ и снижает степень возможной обобщаемости результатов исследований.
- Во многих странах происходит изменение организационных структур в пользу создания интегрированных учреждений, сочетающих первичную и вторичную помощь.
- В ряде систем здравоохранения виды помощи, традиционно являвшиеся уделом специалистов вторичного уровня, теперь переходят под ответственность бригад первичной помощи, что весьма затрудняет четкое разграничение функций первичного и вторичного звена.

Источники данного обзора

Обзор базируется на данных детального поиска, проведенного с использованием ключевых литературных источников, включая: PubMed; Medline; EMBASE; Social Science Citation Index (BIDSS)¹; National Centre for Reviews and Dissemination (UK)²; DARE³; CRD Reports⁴; NHS Economic Evaluation Database⁵; Agency for Health Care Policy and Research⁶; ScHARR⁷; Реестры Всемирного Банка, Всемирную организацию здравоохранения и Библиотеку Кокрейна.

Основной целью поиска было найти данные научных исследований по следующим направлениям:

- Международный сравнительный анализ первичной и специализированной помощи в различных странах в отношении обеспечения равноправного доступа, влияния на показатели общественного здоровья и степень удовлетворенности населения качеством оказываемой помощи;
- Зависимость между доступом к первичной помощи и показателями общественного здоровья, степенью удовлетворенности населения и экономическими затратами;
- Принцип непрерывности и преемственности в оказании помощи: влияние на общественное здоровье;
- Использование первичной помощи взамен госпитальной помощи;
- Совместное использование первичной и вторичной помощи как не менее эффективное по сравнению с изолированным использованием вторичной (специализированной) помощи;
- Сравнение эффективности врачей общей практики (врачей первичной помощи) и специалистов стационарного звена.

Обзор использует выверенные методы критической оценки (5, 6) и содержит следующие типы исследований: систематические обзоры, рандомизированные контрольные исследования (РКИ), квази-эксперименты, исследования «случай-контроль», а также оценочные исследования. Включены также наиболее существенные редакционные статьи, описывающие имеющиеся концепции и направления. Уровень владения иностранными языками позволили автору включить в обзор лишь публикации на английском и испанском языках. Работы на других языках, описательные исследования, равно как и рассмотрение отдельных прецедентов без наличия критериев оценки и четко сформулированной цели, были исключены из анализа. Поиск выявил 1300 документов. Из них 256 были оценены как релевантные и 111 – как имеющие достаточный уровень качества, позволяющий провести их детальный анализ и включение в настоящий обзор.

¹ Индекс цитирования по социальным наукам

² Национальный центр обзоров и распространения (Соединенное Королевство)

³ Реферативная база данных по обзорам эффектов (Database of Abstracts of Reviews of Effects)

(Национальный центр обзоров и распространения, Соединенное Королевство)

⁴ Доклады Национального центра обзоров и распространения (Соединенное Королевство)

⁵ База данных по экономической оценке Национальной службы здравоохранения (Соединенное Королевство)

⁶ Агентство по политике и исследованиям в области здравоохранения

⁷ Школа здравоохранения и связанных с ним научных исследований (School of Health and Related Research), Университет Шеффилда, Соединенное Королевство

Каковы преимущества и недостатки реструктурирования системы здравоохранения в целях ее большей ориентации на службы первичной медико-санитарной помощи?

*Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ
Январь 2004 г.*

Автор безусловно стремился к систематической оценке данных, однако следует оговориться, что дефицит времени не позволяет квалифицировать настоящую работу как формальный систематический обзор.

Определения первичной и специализированной помощи

Специализированная помощь – это все те виды медицинских услуг, которые предоставляются узкими специалистами, как правило в условиях стационара или амбулаторно, и которые не входят в объем первичной помощи. Процесс определения понятия первичной помощи сопряжен с немалыми сложностями. Соответствующая попытка, предпринятая в США, привела к появлению не менее 92 различных дефиниций (7). Аналогичным образом, в Европейском регионе в разных странах применяют различные дефиниции ПМСП (8, 9). Дефиниции первичной помощи можно оценивать с точки зрения концепции, уровня и содержания помощи, процедуры оказания и участвующего персонала. Детальное обсуждение данной темы приведено в Приложении 1.

Результаты научных исследований и другие фактические данные

Здоровье населения и совокупные расходы на здравоохранение

Недавнее исследование, посвященное оценке влияния систем первичной помощи на различные показатели здоровья населения в 18 экономически преуспевающих странах ОЭСР¹ на протяжении трех десятилетий, выявило негативную ассоциацию между уровнем развития системы первичной помощи в стране и такими показателями, как смертность от всех причин, преждевременная смертность от всех причин, а также преждевременная смертность от основных заболеваний органов дыхания и сердечно-сосудистой системы (10). Более развитая первичная помощь означала более благоприятные показатели здоровья. Эта зависимость оставалась статистически значимой даже с поправками на влияние детерминант здоровья на макро- (ВВП на душу населения, общее число врачей на 1000 чел. населения, процент населения пожилого и старческого возраста) и микроуровне (среднее число амбулаторных обращений, доход на душу населения, потребление алкоголя и табака). Более того, отдельные характеристики ПМСП, такие как географическая привязанность, непрерывность и преемственность, координация и ориентация на местное сообщество, также оказались статистически ассоциированными с благоприятной динамикой показателей здоровья населения. Данные выводы подтверждают результаты более раннего международного сравнительного анализа, продемонстрировавшего на примере 11 развитых стран, что более выраженная ориентация системы здравоохранения в сторону первичной помощи с большей вероятностью приводит к улучшению показателей здоровья населения, к снижению затрат на здравоохранение и к повышению уровня удовлетворенности населения качеством оказания помощи (11).

¹ Организация экономического сотрудничества и развития (OECD)

Каковы преимущества и недостатки реструктурирования системы здравоохранения в целях ее большей ориентации на службы первичной медико-санитарной помощи?

*Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ
Январь 2004 г.*

Результаты сравнительного исследования, выполненного в США, выявили положительную корреляцию между наличием врачей первичного звена и более благоприятной динамикой показателей демографии и здоровья населения, включая стандартизированные коэффициенты по возрастной и общей смертности, смертность от онкологических причин и ишемической болезни сердца, неонатальную смертность, а также ожидаемую продолжительность жизни (12). Тот же автор (Shi) в другом исследовании показал, что отсутствие доступа к первичной помощи является наиболее важным фактором из числа обуславливающих неудовлетворительное состояние здоровья (13). С другой стороны, системы здравоохранения, где доминируют специалисты, как например в США, характеризуются более высокой общей стоимостью и сниженным доступом уязвимых групп населения к услугам здравоохранения (14, 15, 16). Высокая стоимость соотносится с пропорционально меньшим числом врачей первичного звена и с вытекающим из этого ослаблением контроля доступа к специализированной помощи («сторожевой функции») (17, 18). Регионы США с более низким числом врачей первичного звена на душу населения характеризуются более высокими расходами в системе Medicare (федеральная система медицинского страхования, гл. обр. для лиц в возрасте 65 лет и старше) (19).

Первичная медико-санитарная помощь осуществляется в более дешевых условиях по сравнению со специализированной помощью, поскольку специалисты зачастую прибегают к применению дорогостоящих технологий и ориентируются в большей степени на лечебные, нежели чем на профилактические мероприятия (18).

Для развивающихся стран не имеется настолько же убедительных данных в доказательство связи между улучшением финансирования или условий доступа к ПМСП и улучшением показателей здоровья населения (20) в связи с неотъемлемыми трудностями разделения эффектов социо-экономических и здравоохранительных мер.

Социальная справедливость и доступ к помощи

Данные научных исследований показывают, что в странах с низким уровнем дохода расходы на ПМСП в большей степени отвечают нуждам неимущего населения по сравнению с суммарными расходами, включающими финансирование больниц. Эти расходы имеют целесообразный дистрибутивный эффект, благоприятствуя бедным слоям населения в пропорционально большей степени, чем богатым (20). Работы из развитых стран демонстрируют, что ориентация на систему, основанную на специализированной помощи, усугубляет неравенство в доступе (21). С другой стороны, имеется общее мнение о том, что вложение средств в первичную помощь способствует более полному соблюдению принципа социальной справедливости (22). Рост вложений в первичную помощь улучшает доступ к помощи, что ассоциируется со снижением смертности и заболеваемости (23). Напротив, ограничение доступа к ПМСП приводит к ухудшению состояния здоровья населения (24, 25).

Качество и эффективность помощи

Имеется весьма незначительное количество работ, посвященных тщательной оценке качества и экономической эффективности медицинских услуг, оказываемых в качестве первичной помощи либо врачами общей практики (26). Заключение одного из

систематических обзоров качества медицинской помощи в учреждениях общей практики гласит: «Опубликованные исследования, вследствие дефицита методологической скрупулезности и полноты охвата темы, не дают исчерпывающей картины качества медицинской помощи». И далее: «Суждения относительно качества помощи, как правило, базируются на фрагментарной информации» (27).

Существенное число хорошо построенных исследований посвящено сравнению помощи, оказываемой врачами общей практики и специалистами. Эти работы не выявили значимых различий ни в качестве помощи, ни во влиянии на показатели здоровья даже в условиях, когда врачи общей практики выполняли функции специалистов вторичного звена (28).

Врачи первичного звена в большей степени, чем специалисты, обеспечивают принцип непрерывности и преемственности, а также всесторонний подход при оказании помощи, что обуславливает более благоприятную динамику показателей здоровья (29). Улучшение доступа к врачам первичного звена и применение ими «сторожевой функции» имеет дополнительные преимущества, такие как снижение частоты госпитализации (30, 31, 32), сокращение нагрузки на центры специализированной и экстренной помощи (33, 34), а также снижение вероятности для пациента подвергнуться неадекватному медицинскому вмешательству (35). В то же время в условиях возможности прямого доступа к специалистам, без контролирующего механизма со стороны врачей первичного звена качество помощи, оцениваемое с точки зрения адекватности вмешательств, падает, а ее стоимость повышается (36). Данные одного из систематических обзоров свидетельствуют о том, что расширение охвата первичной помощью может снижать спрос на дорогостоящую специализированную больничную помощь (37).

Не все работы свидетельствуют в пользу того, что «сторожевая функция» первичной помощи приводит к улучшению характера оказания вторичной помощи и использованию стационаров (38). Ряд исследований «пограничной зоны» между первичной и вторичной помощью по отдельным направлениям показывают, что перенос на первичный уровень определенных видов помощи, ранее оказываемых специалистами, не всегда приводит к снижению спроса на специализированную или вторичную помощь (39, 40, 41, 42). Некоторые из таких работ свидетельствуют о преимуществах наличия специалистов при оказании стационарной помощи (43, 44, 45, 46). При оказании амбулаторной помощи на базе больниц этих преимуществ уже не наблюдается (47, 48, 49).

Имеется лишь ограниченный объем эмпирически полученных данных о том, какие виды помощи можно с легкостью перенести со уровня специализированного уровня на первичный (50). Некоторые исследования, анализирующие подобную замену вторичной помощи на первичную при отдельных видах патологии (например, при гипертензии и астме), заключили, что данный сдвиг привел к повышению экономической эффективности помощи, однако в ряде других работ были получены противоположные либо неоднозначные результаты. Так, например, сравнительный анализ качества и стоимости лечения депрессии врачами первичного звена и специалистами показал, что в последнем случае лечение является более эффективным, однако более дорогостоящим (51).

Экономическая эффективность

Вся литература по первичной помощи содержит безоговорочное мнение о том, что контакт населения с системой оказания медицинской помощи не должен начинаться с госпитального уровня и поэтому первичная помощь – это незаменимое и «надлежащее» решение. Однако, это положение должно быть подкреплено практическим опытом. Имеется обзор, подтверждающий экономическую эффективность ПМСП в сравнении с другими программами здравоохранения (52). Это перекликается с выводами Всемирного банка о том, что отдельные виды первичной помощи, в частности касающиеся здоровья детей, вопросов питания, иммунизации и пероральной регидратации, дают явную экономическую выгоду по сравнению с госпитальной помощью (53), а также о том, что мероприятия, осуществляемые на этапе первичной помощи, могут предотвращать значительную часть случаев смерти (54). Опыт применения принципов Инициативы Бамако в Бенине и Гвинее показал, что внедрение и поддержание на необходимом уровне основных служб ПМСП возможно даже в условиях скудных ресурсов (55).

Смещение помощи в направлении от специалистов к врачам общей практики и от вторичной к первичной помощи представляется вполне возможным и, по результатам исследований, характеризуется экономической эффективностью без негативного эффекта на динамику показателей здоровья. Так, например, описан опыт больниц в Норвегии, штатно укомплектованных врачами общей практики, где стоимость оказания помощи была ниже по сравнению с другими моделями благодаря более экономному использованию средств на стационарное лечение (56). Исследования, проведенные в Соединенном Королевстве (Великобритания), подтверждают, что использование больниц с врачами общей практики позволяет экономить ресурсы за счет снижения частоты направлений и приема больных в более дорогостоящие многопрофильные больницы, укомплектованные специалистами (57, 58, 59). Было показано, что помощь, оказываемая врачами общей практики в стационарных отделениях травматологии и неотложных состояний, является более экономически эффективной за счет меньшего использования диагностических процедур, менее частого направления больных на вторичный этап помощи и менее интенсивного применения медикаментов. Значимых различий в результатах лечения или в уровне удовлетворенности пациентов качеством помощи при этом не отмечалось (60, 61, 62).

Удовлетворенность пациентов качеством помощи

Сравнение 10 западных стран выявило более высокий уровень удовлетворенности пациентов качеством помощи в системах, опирающихся на развитую первичную помощь, при условии контроля за влиянием стоимости услуг на характер помощи. Исключением было лишь Соединенное Королевство, несмотря на значительную ориентацию своей системы здравоохранения на первичную помощь и относительно низкий общий уровень расходов на здравоохранение (63).

Опрос общественного мнения – «Евро-барометр»- проведенный в 15 странах Европейского союза, показал, что при оценке доступности к услугам первичной помощи, оказываемой врачами общей практики, наиболее высокий уровень удовлетворенности населения отмечается в Дании, которая обладает весьма мощной системой первичной

Каковы преимущества и недостатки реструктурирования системы здравоохранения в целях ее большей ориентации на службы первичной медико-санитарной помощи?

*Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ
Январь 2004 г.*

помощи с ежедневным круглосуточным доступом (64, 65). Однако, уровень удовлетворенности пациентов в отношении первичной помощи и врачей общей практики в значительной мере зависит от характера оказания помощи, от манеры поведения врача в целом и от конкретного врача, от возможности получения помощи во внеурочные часы, от степени преемственности и непрерывности в оказании помощи, а также от возможности проходить регулярное профилактическое обследование (66, 67, 68, 69).

В США «сторожевая функция», осуществляемая врачами первичной помощи для предотвращения прямого доступа к специализированной помощи, вызывала неудовлетворенность пациентов (70).

Возможность обобщений

Работы, включенные в настоящий обзор, главным образом отражают исследования, выполненные на материале США, европейских стран (Соединенное Королевство, Нидерланды, государства северной Европы), а также стран Африки с низким уровнем дохода. Данные из стран с переходной экономикой, стран со средним уровнем дохода и из Латинской Америки отсутствуют.

Обзор выявил незначительное число высококачественных исследований, посвященных анализу преимуществ и недостатков ПМСП и специализированной помощи в Европе; сравнительные исследования выполнены, главным образом, в США. Несколько работ посвящены детальному анализу экономической эффективности отдельных видов помощи, оказываемой в рамках ПМСП. Они выполнены как рандомизированные контрольные исследования, посвященные в большей степени анализу отдельных сегментов тех или иных служб, нежели попыткам комплексного подхода к проблеме в целом.

Остается открытым вопрос, в какой степени выводы данного обзора могут быть обобщены для использования в рекомендациях по разработке политики, поскольку имеющиеся данные получены из различных стран, с многообразием структур, путей организации и финансирования и деятельности присущих им систем здравоохранения. Учесть все эти факторы весьма сложно. Наблюдаемые изменения могут зависеть не столько от того, где и кем оказана помощь, сколько от влияния таких факторов, как уровень финансирования системы здравоохранения или стиль поведения врача. Отделить воздействие подобных факторов от влияний условий оказания помощи, уровня специализации медицинских работников или от типа предоставляемых услуг представляется весьма нелегкой задачей.

Механический перенос выводов из результатов исследований или моделей оказания помощи из одних условий в другие без четкого понимания контекста и динамики системы здравоохранения грозит нежелательными последствиями. Особая осторожность нужна там, где приступают к реформам в пользу развития первичной помощи с возможными смещениями с одного этапа на другой тех или иных видов медицинских услуг, не имея четко сформулированных целей и задач проводимой политики и не установив подкрепляющей их доказательной базы.

Обсуждение

Ни в коей мере нельзя гарантировать во всех случаях получение успешных результатов от мобилизации имеющегося потенциала либо соответствующих структурных изменений системы здравоохранения с целью сместить уровень оказания помощи от дорогостоящих к более экономичным альтернативным условиям, таким как ПМСП. Значение, придаваемое первичной помощи, варьирует от страны к стране. Несмотря на имеющиеся научные свидетельства в пользу первичной помощи, в большинстве стран госпитальная и специализированная помощь пользуются более благоприятными условиями финансирования. Это отчасти обусловлено бытующими представлениями о сути ПМСП, о том, что она может дать (71) и что она более важна для обеспечения контролирующего механизма с целью снижения затрат или ограничения доступа ко вторичной помощи (72, 73), нежели чем для реального вклада в улучшение здоровья. Это объясняет парадокс между основанной на практическом опыте привлекательностью первичной помощи и прохладным отношением к ней со стороны представителей директивных органов на национальном уровне и медицинских профессионалов, которые рассматривают ее как «второсортный» вид помощи, не оказывающий существенного влияния на смертность и наиболее важную заболеваемость, основное значение которого заключается лишь в сортировке доступа к госпитальному этапу.

Данное несоответствие в распределении ресурсов несет последствия для эффективности и равноправия в отношении получаемой помощи. Здесь также возможно кроется причина того, почему растущие суммарные общественные расходы на охрану здоровья не приводят к пропорциональному повышению уровня равноправия в доступе к помощи и улучшению показателей здоровья, а также в меньшей степени, чем ожидалось, влияют на средний уровень состояния здоровья (74, 75).

При использовании адекватных стимулов любая система здравоохранения имеет реальные возможности расширить границы реализации медицинских услуг в сфере первичной помощи (76). Нередкой проблемой инициаторов развития первичной помощи, а также ее сторонников из числа финансирующих структур является недостаток уверенности и нечеткое формулирование позиций (77). Деятелям, отвечающим за формирование политики, необходимо дать внятное представление о концепции первичной помощи, и что она может дать. Доведение до сознания профессионалов-медиков, представителей директивных органов и общественности всех преимуществ первичной помощи потребует серьезных усилий в плане пропаганды и социальной рекламы.

Роль первичной помощи должна рассматриваться не изолированно, а в сочетании с другими составляющими системы здравоохранения. Первичная и вторичная помощь, более общая и специализированная – все имеет важное значение в охране здоровья. Эти виды помощи не являются взаимоисключающими, и тот и другой – необходимые компоненты любой системы. Тем не менее, технологический прогресс, повышение уровня образования и профессиональной подготовки медработников, расширение функций кадрового состава бригад первичной помощи, иной характер потребностей и спроса вследствие процесса изменения структуры заболеваемости и доминирующих социальных установок – все это свидетельствует в пользу того, что первичная помощь ныне играет более важную роль, чем раньше, и распределение имеющихся ресурсов должно

благоприятствовать ее развитию.

Необходим новый подход, при котором первичная помощь видится в положительном свете, позволяющем увидеть, что она с достоверностью обеспечивает вклад в улучшение здоровья людей, а не только несет контрольные и ресурсо-сберегательные функции. Оптимальную основу для такого подхода предоставляет всесторонняя и интегрированная модель, рекомендованная ВОЗ (78). Данный обновленный подход должен сочетать в себе инновационный универсализм и экономический реализм, имея цель обеспечения помощи каждому, но не в отношении всех без разбора медицинских вмешательств. В любом случае, сфера, содержание и пути внедрения данной модели должны определяться по результатам и при поддержке практических исследований (79).

Выводы

Несмотря на заметное повышение уровней комплексности и качества научных работ по первичной помощи за обозреваемый период, эта область исследований все еще представляется «новой» по сравнению со вторичным и третичным звеньями медицинской помощи. Лишь единичные исследования посвящены международным сравнениям или анализу ситуации до и после проведенных мероприятий в системе здравоохранения. Это тем более вызывает удивление, что отмечается на фоне проходящих в Европейском регионе и особенно в странах с переходной экономикой реформ, целью которых является внедрение или более интенсивное развитие первичной помощи.

Несмотря на ряд оговорок в плане обобщаемости результатов, имеющиеся научные данные подтверждают, что активная ориентация системы здравоохранения на первичную помощь способствует улучшению показателей здоровья населения, более полному обеспечению принципов социальной справедливости в доступе к медицинским услугам, более адекватной утилизации ресурсов здравоохранения, повышению уровня удовлетворенности потребителей и снижению затрат. Результаты проведенных исследований свидетельствуют в пользу политики, благоприятствующей смещению оказания помощи от специализированной в сторону ПМСП, поскольку данная замена снижает стоимость услуг, не оказывая при этом негативного влияния на их качество. Полученные научные данные дают представление о возможных пределах такой замены и выдвигают дополнительные вопросы, в частности касающиеся возможной конфигурации структур и бригад ПМСП, а также объема и путей оказания данного вида помощи.

Библиография

1. World Health Organization. The world health report 2000. Health Systems: Improving Performance. Geneva.
2. World Health Organization. *Targets for health for all*. Copenhagen: Regional Office for Europe, 1985.
3. Ham C, Robinson R, Benzeval M. *Health check*. Health care reforms in an international context. London, King's Fund Institute, 1990.
4. NHS Executive. *Developing NHS purchasing and GP fund holding: towards a primary care-led NHS*. EL (94) 79. Leeds, National Health Service Executive, 1994.
5. Oxman D. Checklist for review articles. *BMJ*, 1994, 309:648-651.
6. NHS Centre for Reviews and Dissemination. *Understanding systematic reviews of research of effectiveness*. CRD report 4. University of York, 1996.
7. Parker AW, Walsh J, Coon M. A normative approach to the definition of primary health care. *Milbank Memorial Fund quarterly*, 1976, 54:415-438.
8. Wienke G et al. General practice in urban and rural Europe: The range of curative services. *Social science and medicine*, 1998, 47:445-453.
9. Boerma GW, Van Der Zee J, Fleming D. Service profiles of general practitioners in Europe. *British journal of general practice*, 1997, 47:481-486.
10. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health services research*, 2003, 38(3):831-865.
11. Starfield B. *Primary care. Concept, evaluation and policy*. New York, Oxford University Press, 1992.
12. Shi, L. The relationship between primary care and life chances. *Journal of health care for the poor and underserved*, 1992, 3:321-335.
13. Shea S et al. Predisposing factors for severe uncontrolled hypertension. *New England journal of medicine*, 1992, 327:776-781.
14. Schroeder SA, Sandyy LG. Specialty distribution of US physicians-the invisible driver of health care costs. *New England journal of medicine*, 1993, 328:961-963.
15. Mark DH et al. Medicare costs in urban areas and the supply of primary care physicians. *Journal of family practice*, 1996, 43:33-39.
16. Rivo ML, Satcher D. Improving access to health care through physician workforce reform. *Journal of the American Medical Association*, 1993, 270:1074-1078.
17. Moore GT. The case of the disappearing generalist: does it need to be solved.? *Milbank quarterly*, 1992, 70:361-379.
18. Franks P, Clancy CM, Nutting PA. Gate-keeping revisited: Protecting patients from over treatment. *New England journal of medicine*, 1992, 327:424-429.
19. Welch WP et al. Geographic variation in expenditures for physicians' services in the United States. *New England journal of medicine*, 1993, 328:621-627.
20. Filmer D, Hammer J, Pritchett L. *Health Policy in Poor Countries: Weak Links in the Chain*. World Bank, 1997.
21. Weiner J, Starfield B. Measurement and the primary care roles of office based physicians. *American journal of public health*, 1983, 73:666-671.
22. Donaldson C, Gerard K. *The economics of health care financing. The visible hand*. London, Macmillan, 1992.

23. Starfield B. *Effectiveness of Medical Care: Validating Clinical Wisdom*. Baltimore, The Johns Hopkins University Press, 1985.
24. Fihn S, Wicher J. Withdrawing routine outpatient medical services : effects on access and health. *Journal of general internal medicine*, 1988, 3:356-362.
25. Garg ML et al. Physician specialty, quality and cost of inpatient care. *Social science and medicine*, 1979, 13 C:187-190.
26. Maynard A, Bloom K. Primary Care and health care reform: the need to reflect before reforming. *Health policy*, 1995, 31:171-181.
27. Seddon ME et al. A systematic review of studies of quality of clinical care in general practice in the UK, Australia and New Zealand. *Quality in health care*, 2001, 10:152-158.
28. Singh B, Holland MR, Thorn PA. Metabolic control of diabetes in general practice clinics: comparison with a hospital clinic. *British medical journal*, 1984, 289:726-728.
29. Shear CL et al. Provider continuity and quality of medical care: a retrospective analysis of prenatal and perinatal outcomes. *Medical care*, 1983, 21:1204-1210.
30. Moore S. Cost containment through risk - sharing by primary care physicians. *New England journal of medicine*, 1979, 300:1359-1362.
31. Manning WG et.al. A controlled trial of the effect of a prepaid group practice on use of services. *New England journal of medicine*, 1984, 310:1505-1510.
32. Alpert JJ et al. Delivery of health care for children: Report of an experiment. *Paediatrics*, 1976, 57:917-930.
33. Martin D et.al. Effect of gate-keeper plan on health services use and charges: a randomized controlled trial. *American journal of public health*, 1989, 79(12):1628-1632.
34. Hochheiser LI, Woodward K, Charney E. Effect of the neighbourhood health centre on the use of paediatric emergency departments in Rochester, New York. *New England journal of medicine*, 1971, 285:148-152.
35. Siu AL et al. Use of the hospital in a randomized controlled trial of prepaid care. *Journal of the American Medical Association*, 1988, 259:1343-1346.
36. Leape L et al. Does inappropriate use explain small-area variation in the use of health care services? *Journal of the American Medical Association*, 1990, 263:669-672.
37. Roberts E, Mays N. Can primary care and community-based models of emergency care substitute for the hospital accident and emergency department? *Health policy* 1998, 44:191-214.
38. Forrest CB et al. Self referral in point-of-service health plans. *Journal of the American Medical Association*, 2001, 285:2223-2231.
39. Coulter A. Shifting the balance from secondary to primary care. *BMJ*, 1995, 311:1447-1448.
40. Greenhalgh P. *Shared care for diabetes: a systematic review*. London, Royal College of General Practitioners, 1994.
41. Lowry A et al. Minor surgery by general practitioners under the 1990 contract: effects on hospital workload. *BMJ*, 1993, 307:413-417.
42. Rink E et al. Impact of introducing near patient testing for standard investigations in general practice. *BMJ*, 1993, 307:775-778.
43. Chen J et al. Care and outcomes of elderly patients with acute myocardial infarction by physician specialty: the effects of comorbidity and functional limitations. *American journal of medicine*, 2000, 108:460-469.
44. Go A et al. A systematic review of the effects of physician specialty on the treatment of coronary disease and heart failure in the United States. *American journal of medicine*, 2000, 108:216-316.

45. Auerbach A et al. Resource use and survival of patients hospitalized with congestive heart failure: differences in care by specialty of the attending physician. *Annals of internal medicine*, 2000, 132:191-2000.
46. Regueiro C et al. A comparison of generalist and pulmonologist care for patients hospitalized with severe chronic obstructive pulmonary disease: resource intensity, hospital costs and survival. *American journal of medicine*, 1998, 105:366-372.
47. Geenfield S et al. Outcomes of patients with hypertension and non-insulin dependent diabetes treated by different systems and specialties: results of the medical outcomes study. *Journal of the American Medical Association*, 1995, 274:1436-1444.
48. Chin M, Zhang J, Merrell K. Specialty differences in the care of older patients with diabetes. *Medical care*, 2000, 38:131-140.
49. Vollmer W et al. Specialty differences in the management of asthma: a cross-sectional assessment of allergists' patients and generalists' patients in a large HMO. *Archives of internal medicine*, 1997, 157:1201-1208.
50. Godber E, Robinson R, Steiner A. Economic Evaluation and the shifting balance towards primary care: Definitions, evidence and methodological issues. *Health economics*, 1997, 6:275-294.
51. Sturm R, Wells KB. How can care for depression become more cost-effective? *Journal of the American Medical Association*, 1995, 273:51-58.
52. Mills A, Drummond M. Value for money in the health sector: the contribution of primary health care. *Health policy and planning*, 1987, 2 (2):107-128.
53. Cochrane SH, Zachariah KC. *Infant and child mortality as a determinant of fertility. The policy implications*. (Staff working paper No 556). Washington, World Bank, 1983.
54. Jamison DT et al. eds. *Disease control priorities in Developing Countries*. Oxford Medical Publication, 1993.
55. Soucat A et al. Affordability, cost-effectiveness and efficiency of primary health care: the Bamako Initiative experience in Benin and Guinea. *International journal of health planning and management*, 1997, 12:S81-S108.
56. Aaraas I, Søråasdekkkan H, Kristiansen IS. Are general hospitals cost saving? Evidence from a rural area of Norway. *Family practice*, 1997, 14:397-402.
57. Baker JE, Goldacre M, Muir Gray JA. Community hospitals in Oxfordshire: their effect on the use of specialist inpatient services. *Journal of epidemiology and community health*, 1986, 40:117-120.
58. Treasure RA, Davies JA. Contribution of a general practitioner hospital: a further study. *BMJ*, 1990, 300:644-646.
59. Hine C et al. Do community hospitals reduce the use of district general hospital beds? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 1996, 89:681-687.
60. Dale J et al. Cost effectiveness of treating primary care patients in accident and emergency: a comparison between general practitioners, senior house officers and registrars. *BMJ*, 1996, 312:1340-1344.
61. Murphy AW et al. Randomised controlled trial of general practitioner versus usual medical care in an urban accident and emergency department: process, outcome and comparative cost. *BMJ*, 1996 312:1135-1142.
62. Ward P, Huddy J, Hargreaves S. Primary care in London: an evaluation of general practitioners working in an inner city accident and emergency department. *Journal of accident and emergency medicine*, 1996, 13:11-15.
63. Starfield B. Primary care and health. A cross national comparison. *Journal of the American Medical Association*, 1991, 266:2268-2271.

64. Mossialos E. Citizens views on health care systems in the 15 member states of the European Union. *Health economics*, 1997, 6:109-116.
65. Davis K. The Danish health system through an American Lens. *Health policy*, 2002, 59:119-132.
66. Williams S et al. Patient expectations: What do primary care patients want from the GP and how far does meeting expectations affect patient satisfaction? *Family practice*, 1995, 12:193-201.
67. Calnan M et al. Major determinants of consumer satisfaction with primary care in different health systems. *Family practice*, 1994, 11:468-478.
68. Baker R. Characteristics of practices, general practitioners and patients related to levels of patients' satisfaction with consultations. *British journal of general practice*, 1996, 46:601-605.
69. Wensing M et al. General practice care and patients' priorities in Europe: an international comparison. *Health policy*, 1998, 45:175-186.
70. Grumbach K et al. Resolving the gate-keeping conundrum: what patients value in primary care and referrals to specialist. *Journal of the American Medical Association*, 1999, 282:261-266.
71. Mullan F. The "Mona Lisa" Of Health Policy: Primary Care At Home and Abroad. *Health affairs*. 1998, 17.
72. Gervas J, Perez Fernandez M, Starfield B. Primary Care, financing and gate-keeping in Western Europe. *Family practice*, 1994, 11:307-317.
73. Delnoji D et al. Does general practitioner gate-keeping curb health expenditure? *Journal of health services research and policy*, 2000, 5:22-26.
74. Musgrove P. Health Sector Reform in Developing Countries. In: Berman P, ed. *Health Sector Reform in Developing Countries: Making Health Development Sustainable*. Cambridge MA, Harvard University Press, 1996.
75. Gwatkin D. Poverty and inequalities in health within developing countries. (Paper presented at the Ninth Annual Public Health Forum). London School of Hygiene and Tropical Medicine, 1999.
76. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet*, 1994, 344:1129-1133.
77. World Health Organization. *The World Health Report 1999. Making a difference*. Geneva, 1999.
78. Bedregal P, Atun RA, Bosanquet N. Paquete básico de prestaciones basados en evidencia para el nivel primario de atención: una propuesta [Evidence-based basic package for primary care services: a proposal]. *Revista medica de Chile*, 2000, 128 (9):1031-1038. (Spanish)
79. Leese B, Bosanquet N. Change in general practice and its effects on service provision in areas with different socioeconomic characteristics. *BMJ*, 1995, 311:546-550.
80. World Health Organization. *Primary health care. Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978*. (Health for All Series, No 1) Geneva, 1978.
81. World Health Organization. *From Alma-Ata to the year 2000. Reflections at midpoint*. Geneva, 1988.
82. Vuori H. Primary health care in Europe - problems and solutions. *Community medicine*, 1984, 6:221-231.
83. Basch P. *Textbook of international health*. New York, Oxford University Press, 1990.
84. Vuori H. Health for all, primary health care and the general practitioners. Keynote address, WONCA, 1986.

85. Lord Dawson of Penn. *Interim report on the future provisions of medical and allied services*. United Kingdom Ministry of Health. Consultative Council on Medical Allied Services. London, HMSO, 1920.
86. Walsh JA, Warren KS. Selective primary health care. An interim strategy for disease control in developing countries. *New England journal of medicine*. 1979, 301: 967-974.
87. Walsh JA, Warren KS. Selective primary health care. An interim strategy for disease control in developing countries. *Social science and medicine*, 1980, 14:145-163.
88. World Bank. *World Development Report 1993. Investing in Health*. New York, Oxford University Press, 1993.
89. Unger JP, Killingsworth JR. Selective primary health care: a critical review of methods and results. *Social science and medicine*, 1986, 22:1001-1013.
90. Gish O. Selective primary health care: old wine in new bottles. *Social science and medicine*, 1982, 16:1049-1053.
91. Eddy DM. What Care Is Essential? What Services Are Basic? *Journal of the American Medical Association*, 1991, 265:786-788.
92. Banerji D. Primary health care: selective or comprehensive? *World Health Forum* 1984, 5:312-315.
93. Rifkin SB, Walt G. Why health improves: defining the issues concerning “comprehensive primary health care” and “selective primary health care”. *Social science and medicine*, 1986, 23:559-566.
94. Sen K, Koivusalo, M. Health Care Reforms in Developing Countries. *International journal of health planning and management*, 1998, 13:199-215.
95. Berman PA. Selective primary health care: is efficient sufficient? *Social science and medicine*, 1982, 16:1054-1094.
96. Segal M. Primary Health Care is viable. *International journal of health planning and management*, 1987, 2:281-291.
97. Orton P. Shared care. *Lancet*, 1994, 344:1413-1415.
98. Hughes J, Gordon P. *Hospitals and primary care — breaking the boundaries*. London, King’s Fund Centre, 1993.
99. Avery A, Pringle M. Emergency care in general practice. *BMJ*, 1995, 310,6.
100. Aiken KH et al. The contribution of specialist to the delivery of primary care: a new perspective. *New England journal of medicine*, 1979, 300:1363-1370.
101. Rosenblatt RA et al. The generalist role of specialty physicians: Is there a hidden system of primary care? *Journal of the American Medical Association*, 1998, 279:1364-1370.
102. Gray DP. *Planning Primary Care. A discussion document*. (Occasional Paper 57). London, The Royal College of General Practitioners, 1992.
103. Hasler JC. *The primary health care team*. (John Fry Trust Fellowship). London, Royal Society of Medicine Press, 1994.
104. Van weel C. Teamwork. Primary Care tomorrow. *Lancet*, 1994, 344:1276-1279.
105. Pereira Gray DJ. Feeling at home. James Mackenzie Lecture. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 1978, 29:666-678.
106. Klein R. *The new politics of the NHS*. London, Longman, 1995.
107. Starfield B. Primary Care. *Journal of ambulatory care management*, 1993, 16:27-37.

Приложение 1. Определение понятий первичной и специализированной помощи

Концепция первичной помощи

В Алма-Атинской декларации Всемирная организация здравоохранения дает следующее определение первичной медико-санитарной помощи: «Первичная медико-санитарная помощь составляет важную часть медико-санитарного обеспечения и базируется на практических научно обоснованных и социально приемлемых методах и технологии, которые должны быть повсеместно доступны как отдельным лицам, так и семьям в общине при их всестороннем участии в этой работе и при таких затратах, которые община и страна в целом могут позволить на каждом этапе своего развития в духе самостоятельности и самоопределения» (80)¹. В то время как многим странам с переходной экономикой в Европейском регионе еще только предстоит достичь уровня развития первичной помощи, установленного Алма-Атинской декларацией (81), индустриально развитые страны региона уже перешли через этот порог. Для этих стран первичная медико-санитарная помощь может рассматриваться как «стратегия для интеграции всех аспектов службы охраны здоровья» (82)

Первичную помощь характеризуют как «комплексный, постоянный и всеобъемлющий раздел системы здравоохранения», а также как «механизм, позволяющий сбалансировать две цели служб охраны здоровья – улучшение здоровья людей и обеспечение социальной справедливости в распределении ресурсов» (83). Первичная помощь имеет дело с наиболее частыми нарушениями здоровья среди населения, осуществляя профилактические, лечебные и реабилитационные мероприятия с целью достижения наивысшего уровня здоровья и благополучия людей. Она обеспечивает интегрированную помощь при сочетанных нарушениях здоровья, принимает во внимание условия, в которых развивается болезнь, и оказывает влияние на поведение людей при возникновении у них нарушений здоровья. Эта помощь организует и оптимизирует применение основных и специализированных ресурсов, направленных на поддержание и всемерное улучшение состояния здоровья людей (11).

Уогі дает перечень основополагающих компонентов первичной медико-санитарной помощи, полагая что ее можно рассматривать как комплекс мероприятий, как уровень оказания лечебно-профилактической помощи, как стратегию организации службы охраны здоровья, а также как философия, на принципах которой должна строиться вся система здравоохранения (84). Его первый компонент перекликается с Алма-Атинской дефиницией и включает ее восемь основных элементов. Первичная помощь как уровень оказания лечебно-профилактической помощи – это сфера, где происходит первый контакт людей с системой здравоохранения и где оказывается помощь при 90% всех нарушений здоровья. Первичная помощь как стратегия включает принципы доступности, соответствия потребностям населения, функциональной интеграции, участия общественности, экономической эффективности и межсекторального сотрудничества. Первичная помощь как философия подчеркивает важность соблюдения принципов

¹ Русский текст Декларации цитирован по http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_1?language=Russian (доступ 20.02.05)

социальной справедливости при оказании помощи, также придает особое значение межсекторальному сотрудничеству.

Первичная помощь, определяемая как уровень в системе оказания медицинской помощи

В 1920 г. в Докладе Доусона (Dawson Report) были обозначены три основных уровня медицинской помощи в Соединенном Королевстве: первичные медицинские пункты (primary health centres), больницы второго уровня (secondary hospitals) и клинические больницы (teaching hospitals) (85). Подобная структура преобладает в большинстве стран, однако содержание и методы оказания первичной и вторичной помощи изменились.

Первичная помощь в плане объема и содержания услуг

Во многих системах здравоохранения, особенно в развивающихся странах и в странах с переходной экономикой, ПМСП определяют как набор основных, незаменимых мер охраны здоровья, записанных в Алма-Атинской декларации. (80). Это приравнивает первичную помощь к селективным вертикальным программам (86, 87) или к основному пакету услуг, используемому отчасти как инструмент финансирования, но также и как средство противостояния бремени гл. обр. инфекционных болезней и борьбы с перинатальной и материнской смертностью (88). Селективный подход к первичной помощи вызвал обширную волну критики, обвиняющей его в отсутствии практической базы (89), в возврате к традиционным, технически-ориентированным вертикальным программам (90), в субъективном подходе (91, 92), в негативном влиянии на процесс развития общественного здоровья (93) и даже в нанесении прямого вреда (94). В некоторых работах было выражено сомнение в правомерности использования методов оценки экономической эффективности для обоснования селективной ПМСП (95).

Альтернативой для селективной ПМСП является система комплексной ПМСП, активно применяемая во многих развитых странах и сочетающая в себе обширный спектр мероприятий по санитарному просвещению, пропаганде здоровья, профилактике, лечению, реабилитации и помощи при терминальных состояниях. Существует мнение, что в комплексная ПМСП экономически доступна и осуществима также и в развивающихся странах (96).

В Европейском регионе стремительно растет перечень лечебно-профилактических мероприятий, переносимых на уровень первичной помощи. Многие виды амбулаторной специализированной помощи смещаются на первичный уровень за счет использования выездных амбулаторий для малоимущих (outreach clinics), деятельность которых часто поддерживается схемами коллективной помощи (shared care schemes) (97). Даже определенные виды стационарной помощи, традиционно осуществляемые специалистами в больницах, сдвигаются на первичный уровень путем применения схем «госпиталь на дому» (98). Функции оказания экстренной помощи, ранее присущие лишь отделениям травматологии и неотложных состояний, в настоящее время возлагаются на врачей общей практики (99).

Граница между первичным и вторичным уровнями помощи – подвижная и постоянно меняется, в равной мере как и граница между врачами общей практики, врачами первичного звена и специалистами стационаров. В значительной степени перекрывают друг друга функции врачей общей практики, оказывающих специализированную помощь, и специалистов, осуществляющих услуги общей практики, так называемую «скрытую

первичную помощь» (100, 101). Это еще более осложняет задачу сравнения результатов исследований, проведенных в разных странах и в различных условиях.

Первичная помощь как ключевой процесс

Первичную помощь часто отождествляют со сторожевой функцией (102). Однако, она играет более фундаментальную роль, чем лишь контроль доступа к вышестоящим уровням помощи; это ключевой процесс для всей системы охраны здоровья (103). Это передовая линия помощи, место первого контакта с населением, совокупность непрерывных, комплексных и координированных лечебно-профилактических мероприятий (104). Помощь первого контакта означает, что за ней можно обратиться, как только возникает потребность; непрерывность помощи обеспечивает постоянную заботу о здоровье человека, а не только краткосрочную помощь во время болезни. Комплексный характер помощи свидетельствует о наличии на первичном уровне широкого спектра лечебно-профилактических услуг, адекватно покрывающих общие потребности конкретного населения. Наконец, функция координации обеспечивает связь первичного уровня с различными специализированными службами, по мере возникновения необходимости их участия в оказании помощи пациентам.

Первичная помощь, определяемая с позиций состава бригад

Бригады первичной помощи могут варьировать, в одних случаях включая лишь патронажных медсестер, фельдшеров или сельских врачей общей практики, а в других – представляя собой мультидисциплинарный коллектив численностью до 30 человек, в состав которого входят специализированные медсестры, менеджеры, вспомогательный персонал, специалисты по семейной медицине и другим разделам первичной помощи.

Определение, данное Королевским колледжем врачей общей практики в Соединенном Королевстве, гласит, что специалист в области первичной помощи – это «любой профессиональный медицинский работник, который получил профессиональное медицинское образование, квалификация которого сертифицирована одним из официальных регистрационных советов, утвержденных Парламентом, который осуществляет прием населения непосредственно, без каких-либо направлений от других медицинских работников, или который работает в учреждении первичной врачебной или сестринской помощи в условиях открытого доступа» (105).

В индустриально развитых странах Европейского региона в основной состав бригады первичной помощи обычно входят врач общей практики, патронажная сестра, практикующая (сертифицированная) медицинская сестра, социальный работник, практикующий специалист в той или иной области первичной помощи (напр. логопед, психолог, диетолог) без врачебного образования, а также административный персонал (106). Однако, в странах с хорошо развитой системой первичной помощи численный состав бригад нередко превышает 20 человек (11) (Таблица 1).

Таблица 1. Состав бригады первичной помощи

Врачи	Парамедицинский персонал	Административный персонал	Специалисты без врачебного образования	Персонал социальной поддержки
Врач общей практики	Патронажная сестра	Менеджер	Физиотерапевт	Социальный работник

Каковы преимущества и недостатки реструктурирования системы здравоохранения в целях ее большей ориентации на службы первичной медико-санитарной помощи?

Сеть фактических данных по вопросам здоровья (СФДЗ) Европейского регионального бюро ВОЗ
Январь 2004 г.

Стоматолог	Практикующая медсестра	Регистратор	Подиатр ¹	Общинный психиатр
Общинный врач-гериатр	Оптометрист	Помощник	Логопед	Психолог
Школьный врач	Акушерка	Секретарь	Остеопат	Консультант
	Патронажный медработник		Диетолог	Помощник по хозяйству
	Провизор			

Общая практика неотъемлемо связана с первичной помощью, однако эти понятия не синонимичны. Общая практика представляет собой органичную часть первичной помощи, при этом врач общей практики определяет объем необходимых видов помощи и степень унификации методики их осуществления. В индустриально-развитых странах врач общей практики представляет собой единственный тип клинициста, деятельность которого распространяется на девять направлений помощи: профилактику, выявление заболеваний на бессимптомной стадии, раннюю диагностику, диагноз в развернутой стадии болезни, лечение заболевания, контроль осложнений, реабилитацию, помощь при терминальных состояниях и социальное консультирование (107).

¹ Специалист по патологии нижних конечностей, гл. обр. стоп (грибковые поражения, вросший ноготь, плоскостопие и др.) (примечание переводчика)