

E: 5355B
F: 54761

EUR/ICP/DLVR 94 01/MT 03
03845
ОРИГИНАЛ: АНГЛИЙСКИЙ

АНАЛИЗ ФУНКЦИЙ
ПЕРВИЧНОЙ
МЕДИКО-САНИТАРНОЙ
ПОМОЩИ В СЕГОДНЯШНЕЙ
ЕВРОПЕ

Отчет о Консультативном совещании ВОЗ

Копенгаген
6-7 июня 1994 г.

1995 г.

Задачи 12 и 28 ЗДВ/ЕРБ ВОЗ

РЕЗЮМЕ

По мере реформирования странами Европейского региона ВОЗ их систем здравоохранения усиливается интерес к первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) как средству обеспечения более лучшего медико-санитарного обслуживания с меньшими расходами. Европейским региональным бюро ВОЗ было создано Консультативное совещание экспертов из значительно отличающихся друг от друга стран Региона для обсуждения нынешних и будущих функций ПМСП. При рассмотрении вопроса о том, как добиться наибольшего выигрыша в отношении здоровья, участники начали с вопроса о том, какие функции должна выполнять ПМСП; ответ на этот второй вопрос должен показать надлежащее существование функций, представитель помощи и средовых условий - т.е. то, с помощью чего можно ответить на первый вопрос. После этого участники выявили серию основных, дополнительных и вспомогательных функций для ПМСП. Эта работа явилась первым шагом на пути к разработке практического инструментария для выявления функций, выполняемых в странах, что должно обеспечить возможность международных сравнений и выявления потребностей для улучшения положения дел.

СОДЕРЖАНИЕ

	<i>Стр.</i>
Введение.....	1
Функциональный подход	1
Обсуждение	3
Отчеты по странам.....	3
Финляндия.....	3
Германия.....	5
Португалия.....	7
Российская Федерация.....	9
Испания (Каталония).....	10
Турция.....	12
Соединенное Королевство.....	14
Выводы	17
Приложение 1. Рабочие документы.....	21
Приложение 2. Список участников.....	22

The first part of the document discusses the importance of maintaining accurate records of all transactions. It emphasizes that every entry, no matter how small, should be recorded to ensure the integrity of the financial data. This includes not only sales and purchases but also expenses and income. The document provides a detailed list of items that should be tracked, such as inventory levels, accounts payable, and accounts receivable. It also outlines the procedures for recording these transactions, including the use of double-entry bookkeeping and the importance of regular reconciliations.

The second part of the document focuses on the analysis of the recorded data. It explains how to calculate key financial ratios and metrics, such as the gross profit margin, net profit margin, and return on investment. These calculations are essential for understanding the overall performance of the business and identifying areas for improvement. The document also discusses the importance of comparing the current period's performance against historical data and industry benchmarks to provide context for the results.

The final part of the document addresses the reporting requirements for the financial data. It outlines the format and content of the financial statements, including the balance sheet, income statement, and cash flow statement. It also discusses the importance of providing clear and concise explanations for any significant changes or trends in the data. The document concludes by emphasizing the need for transparency and accuracy in all financial reporting to build trust with stakeholders and ensure compliance with regulatory requirements.

ВВЕДЕНИЕ

Консультативное совещание по функциональному анализу первичной медико-санитарной помощи в сегодняшней Европе проводилось 6-7 июня 1994 г. в Европейском региональном бюро в Копенгагене. Участвующим в совещании экспертам из семи значительно отличающихся друг от друга по своим условиям стран в Европейском регионе ВОЗ и сотрудникам Регионального бюро было предложено:

- дать описание нынешних функций служб первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в специально отбираемых странах Региона; и
- изложить в основных чертах связанные со здоровьем функции, которые ПМСП надлежит выполнять в Регионе к концу столетия с учетом как испытываемых в настоящее время, так и предполагаемых изменений в здравоохранительных потребностях населения.

Перечень рабочих документов и список участников приводятся в Приложениях 1 и 2, соответственно.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ПОДХОД

Во всех странах Европейского региона ВОЗ в настоящее время прилагаются усилия, направленные на реформу их служб здравоохранения. Если западные страны решают задачи, связанные с повышением расходов на медицинскую помощь и объемом создаваемых благодаря этому выгод и преимуществ, то в восточных странах осуществляется перестройка их систем здравоохранения в условиях значительных социально-политических и экономических изменений. ПМСП находится в центре связанных с этими реформами изменений, являясь менее дорогостоящей и вместе с тем более эффективной формой обслуживания.

Центральным вопросом является вопрос о том, как службы ПМСП могут максимально способствовать улучшению состояния здоровья. Поиски ответов часто ведут к необходимости сосредоточить внимание на структурных аспектах. При таком подходе проблематика ПМСП суживается и рассматривается лишь как компонент сектора здравоохранения, и это ведет к проблемам, с одной стороны, и решениям, с другой. Кроме того, решение проблем с учетом характерного для одной какой-то страны определения ПМСП и системы помощи лишь редко могут быть одинаково применимы к условиям других стран.

Однако, как это явствует из принципов Алма-Атинской декларации, ПМСП охватывает не только все части сектора здравоохранения, но и все другие сектора, влияющие на здоровье. Политика в области здоровья и здравоохранения определяет функции, выполняемые в той или иной конкретной ситуации, и здравоохранение может быть определено как сочетание трех элементов: функций, поставителей помощи и конкретных условий и мест медицинского обслуживания - в целях получения выигрыша в вопросах охраны здоровья. Это определение может быть использовано для того, чтобы переформулировать основной вопрос: каковы идеальные функции, необходимые для получения выигрыша или преимуществ, связанных со здоровьем, и какими "предоставителями помощи" и в каких конкретных условиях или заведениях/учреждениях и т.п. эти функции должны осуществляться? Ответ на этот вопрос позволил бы обеспечить установление системы здравоохранения, основывающейся на потребностях населения и соответствующей условиям в странах.

Этот подход мог бы также плодотворно использоваться применительно к более подробным вопросам. Так, например, можно было бы спросить, какое сочетание функций, поставителей помощи и учреждений/заведений, где она предоставляется, могло бы быть использовано для решения той или иной здравоохранительной задачи (такой, например, как сокращение числа беременностей в раннем девичьем возрасте), решения той или иной проблемы охраны здоровья (такой как, например, психическое заболевание) или удовлетворения потребностей той или иной конкретной

группы или контингентов (например, этнического меньшинства). Кроме того, такой подход позволяет обойти проблему структурного подхода, благодаря чему страны могут обмениваться своими идеями и опытом.

ОБСУЖДЕНИЕ

Прежде чем приступить к обсуждению функций ПМСП, участники совещания обсудили системы здравоохранения своих стран. Кроме того, сотрудники Регионального бюро, представляющие программы по вопросам укрепления здоровья, питания, сестринского дела, сексуальности и планирования семьи, подготовки кадров и научных исследований в области общественного здравоохранения, а также общенациональной программы интегрированной профилактики неинфекционных заболеваний (СИНДИ), объяснили важность и актуальность ПМСП в их областях. Был сделан целый ряд предложений о таких функциях для ПМСП, которые бы включали: установление "союзнических" связей и объединений внутри сектора здравоохранения и вне его, дачу рекомендаций и распространение информации, осуществление надзора, а также выполнение обязанностей, связанных с руководством и активным отстаиванием интересов, в частности в том, что касается межсекторальных мер и действий.

ОТЧЕТЫ ПО СТРАНАМ

Финляндия

В Финляндии здравоохранение является сферой ответственности муниципалитета; на частный же сектор приходится лишь небольшая доля медико-санитарного обслуживания в городах. Социальная система медицинского страхования охватывает стоимость фармацевтических препаратов, заработную плату и отпуска по болезни; все остальное финансируется государством за счет местного налогообложения. Пациентами осуществляются лишь некоторые номи-

нальные выплаты. Примерно 440 муниципалитетов осуществляют сотрудничество для обеспечения сети обслуживания, включающей примерно 200 центров охраны здоровья по всей стране. Каждый из центров охраны здоровья обслуживает население соответствующей территории, причем жители каждого населенного пункта обслуживаются более мелкими структурными подразделениями. В каждом из центров есть свой политический орган, принимающий решения и контролирующий аспекты, связанные с финансированием, и директор, являющийся, как правило общепрактикующим врачом (ОПВ), осуществляющим руководство центром и его деятельность. В местных отделениях и больницах также есть свои директора.

Группы здравоохранения, в состав которых входят различные специалисты, осуществляют обслуживание. При этом, помимо своего многопрофильного в профессиональном отношении характера, все большее число групп становятся межсекторальными, так как муниципальные органы начали объединяться со службами здравоохранения и социальными службами. Система основывается на ОПВ, однако каждая группа центра здравоохранения включает различные категории медсестринского персонала, логопедов и физиотерапевтов, стоматологов и некоторое количество социальных работников. Группа, находящаяся в составе более мелкого структурного подразделения, охватывает, как правило, ОПВ, двух медсестер и двух работников категории вспомогательного персонала.

Функции центра здравоохранения включают, в том числе: службы ОПВ (включая неотложную помощь), медико-санитарное просвещение, клиники здоровых младенцев, дородовую помощь, охрану здоровья в школах, а также коммунальное сестринское обслуживание. При каждом центре имеется стационар, в котором обслуживаются, главным образом, лица старшего возраста и хронически больные и выполняются функции поддержки, такие, например, как радиологическое и лабораторное обслуживание. Центры обеспечивают также ветеринарное обслуживание и санитарную окружающую среду. Они не выполняют функций амбулаторных клиник; больные посещают своих собственных врачей, которые направляют их к специалистам для

оказания вторичной (квалифицированной) помощи, если в этом есть необходимость. Службы охраны психического здоровья организуются отдельно.

Германия

Для Германии характерна не столько ПМСП, сколько первичная медицинская помощь. Большую часть медицинских услуг предоставляют ОПВ при содействии таких специалистов, как гинекологи, педиатры и врачи по внутренним болезням. Тем не менее принципы ПМСП стали неотъемлемой составной частью здравоохранительной политики, с опорой на профессиональную поддержку со стороны медиков.

Развитию ПМСП препятствовали три фактора. Структура социальной системы медицинского страхования акцентировала необходимость сдерживания расходов и не оставляла особого места для ПМСП и укрепления здоровья. Специалисты-медики скептически относились к принципам ВОЗ в области ПМСП, и сотрудничество между различными медицинскими специальностями оставляло желать много лучшего. Тем не менее развитие амбулаторного обслуживания, укрепление развития общей практики, а также все усиливавшийся интерес врачей к вопросам укрепления здоровья работали на ПМСП.

Как стратегия ВОЗ, так и национальные законодательства по реформе здравоохранения повысили актуальность принципов ПМСП. Принципы Алма-Атинской декларации, Оттавская хартия по укреплению здоровья и проведенное в 1990 г. в Бонне совещание по укреплению здоровья, как способ инвестиций на цели охраны здоровья, стали частью официальной политики, что нашло свое выражение в Законе о реформе 1989 г. и Законе о структуре здравоохранения, принятом в 1993 г. В этом законодательстве, третья стадия которого должна последовать в 1995-1996 гг., подчеркивается важность укрепления здоровья, систем лечения и ухода, с усилением профилактических и реабилитационных мероприятий. Осуществляемая в настоящее время политика включает идею о том, что первичная медико-санитарная помощь должна быть как можно более амбулаторной или, насколько это необходимо, стационарной, а также идею

усиления общей медицины и ОПВ как профессиональной группы. Раньше ОПВ составляли всего лишь 40% лиц медицинской профессии. После 10 лет государственной и профессиональной политики, целевым уровнем которой были 60%, ОПВ составляют в настоящее время примерно 50% лиц, относящихся к данной категории специалистов.

Далее, в федеральной политике по финансированию научных исследований в области здравоохранения особо акцентируются профилактика болезней и укрепление здоровья на коммунально-общинном уровне, и эта идея нашла свое воплощение во многих мероприятиях муниципальных органов, а в резолюции, принятой на Конференции министров здравоохранения Германии, содержался настоятельный призыв к тому, чтобы службы общественного здравоохранения действовали в качестве координатора медико-санитарного просвещения. Положенные в основу проекта ВОЗ "Здоровые города" концепции вызвали к жизни множество мероприятий на коммунально-общинном уровне и стали составной частью политики здравоохранения. Помимо этого, об интересе врачей в Германии к принципам этой политики свидетельствуют три крупные медицинские программы, а именно:

- дальнейшее развитие профилактики и реабилитации в общине в контексте укрепления здоровья;
- разработка и развитие системы охраны здоровья, основывающейся на наличии семейного врача;
- расширение и содействие самостоятельности граждан и их привлечению к системам здравоохранения (включая новые виды оплаты за обслуживание);
- налаживание сотрудничества между врачами и другими категориями лиц медицинской профессии; и, наконец,
- активизация деятельности по обеспечению качества в целях более эффективного и продуктивного лечения.

Сложившееся в настоящее время положение характеризуется тремя важными факторами. Во-первых, неправительст-

венные организации и муниципалитеты создали растущие сети программ ПМСП и деятельности среди населения. Во-вторых, компании по медицинскому страхованию и организации врачей прилагают все большие усилия в направлении групповой практики и работы в общине среди населения. И, в-третьих, эти усилия включают создание новых структур для медицинского сотрудничества на третьей стадии законодательства по реформе здравоохранения.

Португалия

В 1979 г. был принят Закон об утверждении в Португалии национальной службы здравоохранения под контролем государства. Цели этой службы заключаются в обеспечении профилактики болезней, укреплении здоровья и в предоставлении лечения, а также клинической и социальной реабилитации. Государство покрывает 90% расходов национальной службы здравоохранения, а пользователи услуг оплачивают часть расходов за обслуживание, часть стоимости некоторых диагностических тестов и специализированных видов лечения, а также стоимость лекарственных препаратов, не включенных в Национальный кадастр Португалии.

ПМСП оказывается через 360 центров охраны здоровья, включающих примерно 1900 более мелких подразделений. В каждом муниципалитете есть по одному или более центров, тогда как примерно в 130 центрах насчитывается, в общей сложности, 2500 больничных коек. Персонал ПМСП включает также 8000 врачей, из которых 5900 являются ОПВ или семейными врачами и 400 - врачами системы общественного здравоохранения. Другие категории медперсонала включают педиатров, гинекологов, стоматологов и офтальмологов. ОПВ или семейные врачи составляют примерно 20% от общего числа врачей в Португалии.

Согласованная работа ОПВ и врачей общественного здравоохранения в центрах охраны здоровья является стержневым центром системы ПМСП. Другие члены включают медсестер и социальных работников, насчитывающих всего 6000 и 125, соответственно.

Все граждане должны быть записаны у ОПВ по своему выбору. У каждого ОПВ около 1500 потенциальных пациен-

тов, однако фактического равенства или справедливости в вопросах доступности или использования услуг либо в вопросе суммы расходов на душу населения нет. Далее, как служащие национальной службы здравоохранения, ОПВ получают твердую зарплату независимо от численности лиц, фигурирующих в их списках, или от предоставленных услуг. Если от пользователей услуг требуется консультация у их ОПВ, прежде чем обращаться за специализированной помощью, многие направляются непосредственно или выходят сами напрямую в специализированные медицинские учреждения.

Для ОПВ в 1982 г. был учрежден новый трехуровневый план профессионального роста, однако большинство ОПВ вступают в национальную службу здравоохранения лишь с небольшой, а то и вообще без всякой последипломной подготовки. Профессиональная подготовка дается в трех институтах, а в Лиссабонской школе общественного здравоохранения проводятся курсы для ОПВ по общественному здравоохранению.

Традиционные службы общественного здравоохранения интегрируются в более всеобъемлющие программы здравоохранения. Врачи системы общественного здравоохранения расширяют масштабы своей деятельности для включения в нее профилактики болезней и вопросов укрепления здоровья, а также партнерские связи и отношения с другими специалистами и представителями общин.

Целый ряд проблем препятствует развитию более всеобъемлющей ПМСП. Во-первых, процессы принятия решений являются централизованными и задачи общенационального уровня не приведены в соответствие с региональными и местными потребностями. Кроме того, сектор здравоохранения принимает решения по вопросам медико-санитарного обслуживания изолированно. Во-вторых, ПМСП не финансируется должным образом государством и не имеет полномочий на поиски альтернативных источников. В-третьих, координация между тремя уровнями обслуживания является весьма неважной и отсутствует традиция привлечения и участия населения. И, наконец, функции ПМСП сосредоточены почти полностью на классических профилактических программах. Укрепление здоровья, руководство и регулирова-

ние вопросов охраны здоровья группы, относящейся к категории риска, а также лечение хронических и психических заболеваний характеризуются своей слабостью или полностью отсутствуют.

Российская Федерация

Здравоохранение Российской Федерации характеризуется значительными различиями в географическом плане и с точки зрения своей структуры и содержания. ПМСП характерна более для сельских районов, где большая часть обслуживания обеспечивается общепрактикующими врачами. Где нет или не хватает ОПВ, обслуживание больных обеспечивается фельдшерами и медсестрами.

В крупных городах ПМСП оказывается районными врачами, которые работают в амбулаторных клиниках (или поликлиниках) на районном уровне и которые "окружены" специалистами. Районный врач обслуживает закрепленную за ним территорию, которая вдвое меньше территории, обслуживаемой специалистом. В районе может иметься несколько поликлиник и клиник для специальных групп. Районные органы здравоохранения координируют и финансируют деятельность больниц, которые относятся к сфере компетенции городских органов здравоохранения.

Участковый врач играет центральную роль в ПМСП; такие врачи занимаются решением более мелких проблем, но направляют многих пациентов к специалистам, работающим на уровне ПМСП. Каждая группа специалистов имеет свою особую специализацию, например, в области инфекционных заболеваний, сердечно-сосудистых болезней, рака, диабета, психических нарушений, эпидемиологии, дородовой помощи, педиатрической помощи и обеспечения качества. Кроме того, пациенты могут выходить непосредственно на специалистов в обход участкового врача. Таким образом, каждая категория врачей работает с различными частями населения, что затрудняет координацию.

Обучение различных профессиональных категорий персонала здравоохранения обнаруживает такие же различия, как и структура и содержание здравоохранения. Насчитывается около 60 учреждений по подготовке и обучению персонала различных специальностей и катего-

рий, причем в каждом из них имеется свое собственное отделение ПМСП и программа. Кроме того, в Российской Федерации, подобно некоторым другим странам, насчитывается очень небольшое число ОПВ и очень много специалистов, что в значительной степени объясняется различиями в оплате. Стимулирование и поощрение общей практики является высокоприоритетным делом для развития служб здравоохранения и должно осуществляться на всех уровнях медицинского образования.

Российская Федерация нуждается в надлежащей модели ПМСП для выявления того, какие виды обслуживания должны предоставляться, какова должна быть их структура и как следует обучать кадры, предоставляющие свои услуги. Это могло бы помочь ликвидировать разрывы между уровнями обслуживания в сельских и городских районах и позволило бы установить должное соотношение и баланс, организовать сотрудничество между ОПВ и специалистами, а также между ОПВ и другими категориями персонала.

Испания (Каталония)

В Испании процесс реформирования ПМСП был начат в автономной области Каталония с принятием Декрета 84/85. Цели его заключаются в том, что в рамках ПМСП проводятся мероприятия по укреплению здоровья, профилактике болезней, реабилитации и психосоциальным службам путем сотрудничества между различными профессиональными категориями работников здравоохранения и при участии общин и населения.

Новая система основывается на группах/бригадах ПМСП, которые работают по 36 часов в неделю и могут включать ОПВ, педиатров, медсестер и санитаров(ок), зубных врачей, социальных работников, а также административных и канцелярских сотрудников. Каждая такая группа/бригада обслуживает население базового района здравоохранения (от 5000 до 25000 жителей). Такой район охватывает целый ряд муниципалитетов или частей города с аналогичными характеристиками. Масштабы района определяют состав групп или бригады. В городах такие группы работают от центра ПМСП, тогда как в сельских местно-

стях эти функции выполняются местными хирургическими отделениями.

Новая сеть охватывает почти половину населения Каталонии, и полный охват предполагается достичь к 1996 г. Новые группы/бригады ПМСП работают большее количество часов в день по сравнению с прежними подразделениями, что обеспечивает больше времени для консультаций, и члены/бригады сотрудничают между собой по-новому при решении проблем охраны здоровья. Они предлагают больше видов обслуживания, причем более высокого качества, и располагают большей способностью решать проблемы охраны здоровья на первичном уровне. Как следствие же этого, улучшилась практика предписания лекарств, снизилось число направлений для получения вторичной (специализированной) помощи, и население выражает большую удовлетворенность службами ПМСП. Тем не менее, необходимо дальнейшее усовершенствование этой работы, чтобы помочь группам ПМСП в предоставлении услуг по профилактике болезней и укреплению здоровья, а также в плане лечебной помощи. Кроме этого, необходимо использовать более последовательно различные реестры и журналы записей и необходим анализ клинической практики. Как новая, так и прежние сети имеют возможность доступа к специализированным службам поддержки и обеспечения, включая реабилитационное, рентгенологическое и лабораторное обслуживание, систему охраны психического здоровья, а также центры для лиц, страдающих зависимостью от лекарственных средств.

Обе сети относятся к сфере компетенции службы здравоохранения Каталонии, которая была создана в 1990 г. Службы здравоохранения отвечают за финансирование системы здравоохранения, тогда как поставщики помощи осуществляют руководство службами через контракты на предоставление ПМСП, а также больничной, социальной помощи и помощи по охране психического здоровья. Таким образом, эта система проводит своего рода водораздел между финансовой стороной дела (закупками) и управлением службами.

В Каталонии составлен план охраны здоровья на 1993-1995 гг. для руководства всей общественной деятельностью

и мероприятиями в области здравоохранения. Он нацелен на полную интеграцию профилактики болезней и укрепление здоровья в рамках здравоохранения, на улучшение положения дел с обеспечением справедливости в вопросах охраны здоровья, эффективности и качества службы здравоохранения, а также на повышение степени удовлетворенности пользователей предоставляемыми видами обслуживания и услугами. В плане поставлены задачи и указаны конкретные меры для достижения этих целей, для оценки и исследования проблем здравоохранения, для непрерывной подготовки профессиональных работников здравоохранения и усиления информационных систем.

Турция

Для ПМСП в Турции характерна фрагментарность, что является результатом фрагментарности в деле организации системы здравоохранения в целом. Государственные, частные и некоторые благотворительные организации предлагают различные системы обслуживания и службы, важнейшими из которых являются министерства здравоохранения, организация социального страхования (ОСС) трудящихся и их семей, а также медицинские факультеты в университетах. Государственные экономические предприятия и некоторые министерства располагают системами медицинского обслуживания своих служащих и их семей. Эти службы, а также обслуживание в частном секторе аналогичны обслуживанию, предоставляемому через министерство здравоохранения.

Службы ПМСП, организованные министерством, находятся под строгим контролем со стороны центра и опираются, в плане полномочий, на соответствующий закон, принятый в 1961 г. Руководство ими осуществляется, главным образом, генеральными управлениями ПМСП, а также служб охраны здоровья матери и ребенка и планирования семьи. Министерство организует службы по борьбе с малярией, туберкулезом и онкологическими болезнями. В провинциях большим влиянием пользуются губернаторы провинций и, кроме того, имеются руководители (директора) провинциальных органов здравоохранения. ПМСП органи-

зуется на районном уровне и оказывается через различные учреждения и заведения с аналогичными функциями.

Правительственные учреждения включают:

- здравпункт, обслуживающий контингент сельского населения в 2000-2500 человек, с одной штатной медсестрой;
- центр охраны здоровья, обслуживающий сельское население (10 000-20 000 человек) или городское население (20 000-50 000 человек), со следующим штатным составом: не менее одного врача, одна патронажная сестра, одна акушерка, один медицинский работник младшего или среднего звена, один специалист по санитарии окружающей среды и т.д.;
- центры охраны здоровья матери и ребенка и центр планирования семьи, что весьма напоминает центр охраны здоровья, но включает еще и штатных гинеколога, педиатра и зубного врача; и, наконец,
- больнично-амбулаторную клинику, обслуживающую 5-6 центров охраны здоровья.

Все четыре вида учреждений выполняют аналогичные восемь функций, а именно: обеспечивают базовую лечебную помощь, неотложную помощь, проведение прививок, охрану материнства и детства, планирование семьи, службы питания и развития, а также лабораторное обслуживание. Другие виды учреждений - такие как диспансеры ССК и больницы, частные хирургические отделения и клиники, а также университетские больницы - предоставляют все аналогичные виды обслуживания или некоторые из них. Центры охраны здоровья и лабораторные клиники оказывают также профилактическую помощь в охране психического здоровья, тогда как центры охраны здоровья матери и ребенка предоставляют профилактическую зубоврачебную помощь. Хотя ОПВ и считаются выполняющими роль своего рода "привратника", направляя больных к специалистам по оказанию вторичной (специализированной) помощи, множество людей действует в обход их и непосредственно обращается в стационары и к специалистам напрямую.

Правительство оплачивает 45% расходов на здравоохранение, но более 40% населения (главным образом, земледельцы и безработные) не охвачены системой медицинского страхования. Этот факт и дублирование обслуживания и услуг, предоставляемых различными системами, привели недавно к предложению о реформах здравоохранения для изменения системы финансирования, организации и оказания медико-санитарной помощи в Турции. Во-первых, предполагается учредить общую систему медицинского страхования для охвата всего населения. Во-вторых, данная система должна основываться на специалисте нового типа, а именно на семейном враче. Выпускники медицинских институтов называются ОПВ, а чтобы стать семейным врачом необходимо четыре года последипломного обучения по типовой учебной программе. И, в-третьих, предполагается провести децентрализацию контроля за правительственными больницами и изменить организационную структуру министерства здравоохранения.

Соединенное Королевство

ПМСП в Соединенном Королевстве охватывает множество видов обслуживания, как то: медицинское обслуживание, зубоврачебную помощь, охрану материнства и детства и некоторые виды офтальмологического обслуживания. В частности, объектом обсуждения стала система ПМСП по лечению психически больных. В рамках данной помощи должна акцентироваться роль профилактики, с особым выделением целевых групп, относящихся к категории риска.

В официальной политике здравоохранения, принятой в 1991 г. и основывающейся на стратегии ВОЗ по достижению здоровья для всех, охрана психического здоровья указывалась как одно из пяти ключевых направлений. В этой политике было поставлено три задачи для улучшения положения дел в области охраны психического здоровья к 2000 г., а именно: улучшение состояния здоровья и функционирования людей с серьезными психическими заболеваниями, сокращение числа самоубийств в этой группе на 30% и сокращение числа самоубийств в целом среди населения на 15%.

Службы ПМСП сгруппированы вокруг ОПВ. В 1991 г. Англия и Уэльс насчитывали 9000 общих практик. 10% от их числа имели лишь по одному общепрактикующему врачу, тогда как в заведениях типа групповой практики насчитывалось до 10 ОПВ, работающих в центре охраны здоровья со штатом, характеризующимся большими различиями. Всего насчитывалось 9000 практикующих медсестер, около 3800 коммунальных медсестер, специализирующихся на оказании психиатрической помощи (недавно они были переименованы в медсестер со специализацией в области охраны психического здоровья), а также районных медсестер и патронажных медсестер, работающих в общине. Помимо этого, группа или бригада ПМСП может включать психиатров, трудотерапевтов и логопедов, физиотерапевтов и, во все большем числе, специалистов, действующих в виде консультантов. Кроме того, такие группы/бригады объединяют свои усилия с социальными службами, добровольными группами и группами самопомощи. В среднем практика насчитывает троих ОПВ, одну практикующую медсестру, менее чем одну районную медсестру, одну патронажную сестру и менее чем полставки для сестры, специализирующейся на оказании помощи психически больным. Одна такая медсестра приходится на каждые пять ОПВ.

Общепрактикующий врач обслуживает 2000 человек; на тяжелое психическое заболевание приходится примерно 10% выявленной психиатрической заболеваемости или примерно 7 случаев из числа его (или ее) пациентов, получающих направление на оказание специализированной (вторичной) помощи. Основная заболеваемость приходится на депрессии и состояния тревоги, страха и т.п.; они остаются часто незамеченными, и почти всеми спектрами таких состояний приходится заниматься в рамках ПМСП. Ограниченность числа медсестер со специализацией в области охраны психического здоровья означает, что каждой из них приходится пытаться удовлетворять большие и весьма различающиеся потребности примерно 35 человек с серьезными психическими заболеваниями; а это не оставляет времени для того, чтобы справляться с многотрудным объемом задач и обязанностей, связанных с психиатрической заболеваемостью. Это положение является одной из причин возрастания

популярности советников по вопросам ПМСП. Около половины ОПВ могут обеспечить пациентам доступ к консультантам, которые дают советы и рекомендации в отношении личностных проблем, не обязательно связанных с депрессией и состояниями боязни, страха, тревоги. Эти консультанты могут значительно отличаться друг от друга в профессиональном отношении и с точки зрения подготовки в области психического здоровья, и функции их являются предметом широкого обсуждения.

В настоящее время система ПМСП в Соединенном Королевстве находится в процессе реорганизации. В рамках прежней системы орган, ведающий службами охраны здоровья семьи, руководил примерно 50 общими практиками; районный же орган здравоохранения, обслуживающий примерно 200 000 населения, занимался вопросами вторичной (специализированной) помощи, тогда как министерство здравоохранения руководило высокоспециализированной (третичной) помощью. Новая система позволяет ОПВ становиться владельцами фондовых ценностей для системы и приобретать за плату любые виды обслуживания по желанию, за исключением немногих областей, таких как тяжелые психические болезни. Поскольку не все ОПВ изъявили готовность взяться за выполнение этой роли, обе системы существуют и функционируют параллельно, бок о бок.

Выпущенный в 1992 г. документ *The health of the nation* (Народное здравоохранение) способствовал усилению системы ПМСП в Соединенном Королевстве. В документе со всей четкостью и определенностью акцентируется необходимость совершенствования служб, с охватом всех аспектов лечения/ухода на местном уровне. Эта философия привела к изменению функций сегодняшней ПМСП. Базовые функции, такие как профилактика болезней и укрепление здоровья, стали приоритетными, тогда как лечение и реабилитация быстро переходят из больниц в ведение ПМСП. Дополнительные функции включают информирование и просвещение больных, выполнение обязанностей по активному отстаиванию их прав и интересов и повышение возможностей самих пациентов, а также использование вклада и коммунальных и добровольных групп в обеспечение выгод и

преимуществ в плане здоровья для населения на местном уровне.

Вспомогательные функции позволили обеспечить эффективное выполнение основных функций. В Соединенном Королевстве вспомогательные функции включают административные аспекты, управление, обучение и подготовку персонала ПМСП, координацию действий между первичным и вторичным уровнями здравоохранительной деятельности, обеспечение ее качества и проведение исследований.

И, наконец, Министерство здравоохранения занимается решением проблем системы первичной помощи психически больным с помощью целого ряда инициативных мероприятий. Сюда относятся планы и программы обучения ОПВ и непрерывное медицинское образование, стратегия информирования населения и общественности таким образом, чтобы помочь избавиться от остракизма в отношении психически больных, а также исследование таких вопросов, как депрессия у ОПВ, роль вспомогательного персонала в области охраны психического здоровья и анализ образцовой практики.

ВЫВОДЫ

Участники совещания согласились с тем, что перед ПМСП всего Европейского региона стоят аналогичные и весьма нелегкие задачи. Они включают необходимость оптимального использования ограниченных финансовых ресурсов, реагирование на происходящие в обществе и в системах здравоохранения перемены, а также обеспечение соответствия служб и видов обслуживания меняющимся потребностям населения. Если условия или системы здравоохранения в странах обнаруживают значительные различия между собой, то ПМСП выполняет аналогичные функции во всех странах. Участники совещания договорились "широко смотреть" на ПМСП и ее роль внутри и вне сектора здравоохранения, а также поддержали функциональный подход как способ, которым надлежит руководствоваться в ее развитии. Они также согласились на то, что функции определены более конкретно в отношении здраво-

охранительной задачи или приоритетной группы, нежели в общем представлении о ПМСП, взятой в целом. Функции ПМСП должны, очевидно, отражать потребности населения, однако они являются лишь средством к достижению цели, а не самой целью.

Несмотря на различия в определениях, участники были склонны к тому, чтобы поделить функции на группы. На этой стадии их обсуждений участники привели перечень основных, дополнительных и вспомогательных функций (таблица 1).

Таблица 1. Виды функций ПМСП

Основные	Дополнительные	Вспомогательные
Укрепление здоровья	Активное отстаивание и защита интересов	Администрация и управление
Профилактика болезней	Предоставление возможностей и правомочий	Технические службы
Лечение и уход	Приоритизация потребностей населения	Обучение и непрерывное образование
Реабилитация	Каталитическая роль в отношении групп населения/общин Обмен информацией Координация лечения Выход на уровень приоритетных групп	Научные исследования

ПМСП выполняет четыре основные функции, а именно: укрепление здоровья, профилактика болезней, лечение и реабилитация. Баланс между ними является неустойчивым и меняющимся. Усиливается роль профилактики, хотя в этой области требуется сотрудничество и совместные с другими работниками здравоохранения и социальной сферы усилия. Происходят изменения в отношении лечения; многие виды лечения переходят от больницы к ПМСП. Кроме того, меняется баланс ответственности между первичной и вторичной помощью. Вторичная помощь теперь уже все больше рассматривается в качестве ресурса ПМСП, а не наоборот. А это, в свою очередь, ведет к самым различным улучшениям для обеих сторон.

Был предложен целый ряд дополнительных функций. Так, например, ПМСП может действовать в качестве каталогизатора для привлечения к процессу лечения самих групп населения. Информационная функция включает распространение информации в рамках системы здравоохранения, обмен ею с пользователями услуг и предоставление ее широким слоям населения. Для эффективности ПМСП требуется координация между различными профессиональными уровнями и категориями; а для этого, в свою очередь, требуется сильная информационная система. Другая функция заключается в обеспечении выхода на являющиеся приоритетными группы общества, включая этнические меньшинства и эмигрантов, детей, бездомных, безработных, а также наркоманов или подверженных риску заражения СПИДом. Важной функцией является также активное отстаивание и защита интересов, включающая содействие пользователям услуг в том, чтобы они сами высказывались по поводу своих потребностей и говорили от лица сектора здравоохранения. Все это, возможно, способствовало бы функции предоставления возможностей и правомочий людям, чтобы они могли сами браться за поддержание и укрепление своего собственного здоровья. Предоставление необходимых возможностей и правомочий является функцией, связанной с повышением степени важности и значимости, но требующей, чтобы увенчаться успехом, знаний как у бригады/группы ПМСП, так и у потребителей услуг. И, наконец, ПМСП могла бы приватизировать потребности населения, что помогло бы определить существование функций, которые должны применяться и реализовываться в той или иной конкретной ситуации.

Вспомогательные функции - это функции, делающие возможным выполнение, реализацию других функций. Сюда относятся, в том числе, административные функции и технические, такие как, например, рентгенологические и лабораторные службы. Одной из наиболее важных функций является, однако, обучение и непрерывное образование. Это позволяет персоналу ПМСП адаптироваться к условиям и потребностям и браться за выполнение новых для себя ролей и навыков. В частности, персонал ПМСП нуждается в подготовке по вопросам руководства и управления с тем, чтобы научиться возглавлять группы/бригады ПМСП, работать

самостоятельно и с должной гибкостью, а также действовать в качестве лидеров и активных защитников интересов общины, населения. Все большая децентрализация процесса принятия решения и финансовой ответственности в сфере здравоохранения во многих странах повышает важность лидерских и управленческих качеств и навыков для всех категорий персонала.

С учетом ограниченности ресурсов и необходимости в обоснованных, в научном отношении, служб или видов обслуживания, важным критерием становится обеспечение качества (включая как исследования, так и ревизию), позволяющее судить о функциях ПМСП. Однако исследования представляют собой функцию, играющую ключевую роль для обеспечения необходимой авторитетности и обоснованности ПМСП. И, наконец, участники совещания предложили способы принятия очередных мер для анализа функций ПМСП. К числу таких предложений относятся:

- обсуждение выводов и заключений консультативного совещания с пользователями услуг и различными поставщиками ПМСП, а также с профессиональными работниками вне сектора здравоохранения;
- анализ функций как для составления перечня идеальных функций, так и для конкретного определения того, что должно быть достигнуто (или даже для постановки задач для каждой из функций);
- адаптация функций с учетом различий между регионами и странами;
- рассмотрение, доработка и широкое распространение отчета о консультативном совещании; и, наконец,
- продолжение обсуждения на дальнейшем совещании, в котором могли бы принять участие "первоначальные" участники и другие заинтересованные стороны.

*Приложение 1***РАБОЧИЕ ДОКУМЕНТЫ^a**

Development of primary health care in Germany
(Развитие медико-санитарной помощи в
Германии), by H. Kreuter

*East Surrey Health Authority and Surrey Family
Health Services Authority: Mental health in
primary care project, 1993-1995*

*General features of the Portuguese primary health
care system* (Общая характеристика системы
первичной медико-санитарной помощи
Португалии), by J. Sennfelt

Primary health care in Catalonia (Первичная
медико-санитарная помощь в Каталонии),
by R. Vicente Ruiz

Primary health care in Finland (Первичная
медико-санитарная помощь в Финляндии),
by P. Sovetti

Primary health care in Turkey (Первичная
медико-санитарная помощь в Турции),
by Z. Basar

Primary health care in the United Kingdom
(Первичная медико-санитарная помощь в
Соединенном Королевстве), by P. Jones

^a Экземпляры документов можно получить из Отделения
первичной медико-санитарной помощи Европейского регионального
бюро ВОЗ по адресу: Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark.

*Приложение 2***СПИСОК УЧАСТНИКОВ****Временные консультанты**

Dr Zerrin Baser

Deputy Head Doctor, Mother and Child Health Care Centre of
the Ministry of Health, Ankara, Turkey

Dr Peter Jones

Senior Medical Officer, Division of Mental Health, Elderly and
Disability, Department of Health, London, United Kingdom

Dr Hansheinz Kreuter

Director, Scientific Institute of the German Medical Association,
Bonn, Germany

Dr Roser Vicente Ruiz

Head, Health Plan and Evaluation Unit, Health Planning Area,
Catalan Health Service, Barcelona, Spain

Professor Joao Sennfelt

Department of Mental Health, National School of Public Health, Lisbon, Portugal

Dr Pertti Soveri

Chief Medical Officer, Public Health Centre, Porvoo, Finland

Д-р Ф.Е. Вартанян

Проректор Российской академии усовершенствования врачей,
Министерство здравоохранения и медицинской
промышленности Российской Федерации, Москва, Российская
Федерация

Наблюдатель

Mr Ajit Perera

Mental Health Facilitator - Primary Care, East Surrey Health
Authority, Redhill, United Kingdom

Всемирная организация здравоохранения

Г-жа Mary Stewart Burgher

Редактор, Отделение публикаций (*Составитель отчета*)

Д-р Jacques Bury

Региональный советник по вопросам обучения и научных исследований в области общественного здравоохранения

Д-р José G. Sampaio Faria

Региональный советник по вопросам психического здоровья
(*Сопредседатель*)

Д-р И.С. Глазунов

Региональный советник, СИНДИ

Д-р Josep Goicoechea

Региональный советник по первичной медико-санитарной помощи
(*Сопредседатель*)

Г-жа Elisabet Helsing

Региональный советник по вопросам питания

Г-н Rüdiger Krech

Краткосрочный сотрудник категории специалистов по вопросам укрепления здоровья

Г-жа Jane Salvage

Региональный советник по сестринскому делу и акушерству

Г-жа Gurli Vestergaard

Помощник по программе, Отделение первичной медико-санитарной помощи

Г-жа Marie-France Wagniez

Помощник по программе, Сексуальность и планирование семьи