НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА

ЭКСПЕРТНЫЙ ОБЗОР

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ МОДЕЛЕЙ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

МОСКВА
2021

Государственное бюджетное учреждение
«Научно-исследовательский институт организации
здравоохранения и медицинского менеджмента
Департамента здравоохранения города Москвы»

Аксенова Е. И., Камынина Н. Н., Короткова Е. О.

Международный опыт моделей первичной медико-санитарной помощи

Экспертный обзор

Москва, 2021

УДК 614.2
ББК 51.1(0)

М43

М43 Международный опыт моделей первичной медико-санитарной помощи. Экспертный обзор. Е. И. Аксенова, Н. Н. Камынина, Е. О. Короткова – М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021. – 57 с.

ISBN: 978-5-907404-50-2

УДК 614.2

ББК 51.1(0)

ISBN: 978-5-907404-50-2

© ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021

Оглавление

Оглавление 3
Введение 4
Современное понимание первичной медико-санитарной помощи 4
Алма-Атинской декларация: реализация концепции и ценностей 4
Астанинская декларация: стратегическое видение и обязательства 8
Важность первичной медико-санитарной помощи для ВОУЗ, ЦУР и текущих задач ВОЗ 10
Стратегии ВОЗ в области ПМСП 12
Различия между первичной помощью и первично медико-санитарной помощью 14
Механизм реализации концепции ПМСП 15
Международный опыт моделей первичной медико-санитарной помощи 18
Понятие модели оказания помощи 20
Мониторинг показателей работы и системы оценки ПМСП 22
Принципы построения моделей оказания помощи 22
Организация первичной медико-санитарной помощи в США 30
Первичная помощь в США 30
Ответ первичного уровня и общественного здравоохранения на COVID-19 34
Организация первичной медико-санитарной помощи в Великобритании 35
Организация первичной помощи в Великобритании 35
Ответная реакция первичной помощи Великобритании на COVID-19 36
Первичная медико-санитарная помощь в Японии 37
Организация первичной помощи в Японии 37
Стратегия смягчения последствий пандемии COVID-19 в Японии 44
Создание экономически активного стареющего общества 45
Заключение 47

Введение

За последние десятилетия мир добился огромных успехов в области здравоохранения. Увеличилась продолжительность жизни, снизилась смертность детей в первые годы жизни, возрос доступ к жизненно важным лекарствам и вакцинам и т. д. Однако для решения проблем здравоохранения и развития в XXI веке нужны новый подход и инвестирование в системы здравоохранения. Старение общества, более высокая частота хронических заболеваний и коморбидности, повышение образованности и требовательности пациентов, с одной стороны, а также новые медицинские технологии, глубокая специализация и развитие инфраструктуры здравоохранения – с другой, требуют, чтобы помощь, оказываемая населению, была ориентирована на все более сложные потребности в уходе, скоординирована на всех этапах ее оказания и более доступна (финансово, географически и круглосуточно).

Сегодня все больше признается то, что сильная (эффективная) первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) является краеугольным камнем устойчивого развития и ключом к построению здравоохранения будущего. Именно от состояния этого вида помощи во многом зависят конечные результаты функционирования отрасли в целом. В первую очередь потому, что ПМСП – это «входные ворота» системы здравоохранения, обеспечивающие комплексную медицинскую помощь и всеобщий охват услугами здравоохранения. Специалисты первичного звена – это «первое контактное лицо» медицины для населения, они проводят профилактику, раннюю диагностику и работают с наиболее распространенными заболеваниями, что во многом определяет уровень удовлетворенности населения состоянием здравоохранения в целом.

Современное понимание первичной медико-санитарной помощи

Алма-Атинской декларация: реализация концепции и ценностей

На начальных этапах работы Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) все внимание было сосредоточено на медицинских и биомедицинских вопросах, а также на предоставлении медицинских услуг. Так называемая биомедицинская модель повлияла на профессиональную подготовку, организацию услуг и получение знаний в области здравоохранения. Для такой модели характерна ориентация на облегчение боли и лечение различных заболеваний, от которых страдает человечество. При этом преобладают вмешательства на теле или на пораженной части; делается упор на лечебных действиях и лечении болезней, травм и повреждений, на первый план выходят больничная помощь с интенсивным использованием материально-технического оборудования и медикализация. Такая модель была ориентирована на спонтанный спрос, а анализу определяющих факторов процесса «здоровье – болезнь» уделялось мало внимания. В итоге многие страны столкнулись с растущими издержками сектора здравоохранения и стоимости медицинской помощи[1].С середины 70-х годов XX в. объектом пристального интереса со стороны международного сообщества и медико-санитарных служб стала **концепция первичной медико-санитарной помощи (ПМСП).**

Само **понятие «первичная медико-санитарная помощь»** было предложено ВОЗ в 70-х гг. как отражение ее стратегии и программы деятельности с целью «достижения здоровья для всех к 2000 году». При этом ПМСП определялась как основное средство осуществления цели стратегии. На тот момент под **первичной медико-санитарной помощью** понималась преимущественно лечебная, примитивная помощь, которую лица без медицинского образования с первоначальными навыками оказания доврачебной медпомощи и проведения вакцинации, полученными за счет средств общины, оказывали жителям сельских общин развивающихся стран. Более того, такая форма ПМСП во многих странах противопоставлялась профессиональным, в т. ч. государственным службам здравоохранения, не имеющим возможности обеспечить необходимую медицинскую

[1] Возникновение этой модели часто связывают с публикацией в 1910 г. в США отчета Саймона Флекснера, в котором критиковалось положение медицинских школ в США и Канаде. Руководящие принципы отчета дали ориентацию в направлении разрыва с наукой, основанной на метафизике, в пользу науки, основанной на картезианской парадигме, которая заняла лидирующую позицию и зарекомендовала себя в сфере здравоохранения. Гегемония биомедицинской модели породила движение критики, которое приобрело международное значение, начиная с 1970-х годов. http://archive.carnegiefoundation.org/publications/pdfs/elibrary/Carnegie_Flexner_Report.pdf

помощь большей части населения из-за дефицита медицинских кадров и учреждений здравоохранения, а также высокой и постоянно растущей стоимости самих услуг.

В дальнейшем на понятие и концепцию ПМСП существенное влияние оказал опыт развития здравоохранения и социальных служб социалистических стран, особенно СССР[2]. Представления о примитивном характере ПМСП, оторванной от служб здравоохранения и от планов и программ социально-экономического развития, были заменены прогрессивной концепцией на международной конференции, организованной ВОЗ и ЮНИСЕФ по инициативе и приглашению правительства СССР в Алма-Ате в сентябре 1978 г. Активное участие в ней приняли 134 страны – члена ВОЗ и представители 67 основных неправительственных и межправительственных организаций. Отдельный акцент на конференции был сделан на разнице медицинского обслуживания обеспеченных и обездоленных и уязвимых групп населения как внутри одной страны, так и в разных странах. Поэтому, согласно замыслам ВОЗ, через ПМСП должен был быть совершен постепенный переход к созданию всеобъемлющих систем здравоохранения для всего населения. Уже в 1979 г. в обобщающем документе ВОЗ «Разработка стратегии по достижению здоровья для всех к 2000 году» говорилось о предоставлении каждому индивидууму доступа к ПМСП, а через нее – ко всем уровням всеобъемлющей системы здравоохранения[3]. Принятая на конференции **Алма-Атинская декларация[4]** и другие документы получили широкую известность и поддержку во всем мире и повлияли на целые поколения работников здравоохранения в направлении достижения здоровья для всех. Общее понятие и концепция ПМСП в Алма-Атинской декларации обозначено следующим образом:

«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[5] 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».

Среди основных **принципов декларации** были:

- здоровье как право человека;
- сообщества, принимающие решения, влияющие на их здоровье;
- медицинское обслуживание в непосредственной близости от места проживания людей;
- скоординированные усилия всего общества по укреплению здоровья, включая более справедливые социальные и экономические механизмы.

В декларации также подчеркивается важность услуг ПМСП, которая служит **первой точкой контакта человека** с национальной системой здравоохранения, когда люди обращаются за медицинской помощью, вовлекая свою семью и общественный контекст, решая большинство проблем и выступая в качестве опоры системы здравоохранения, направляя пациентов в другие службы, когда это необходимо.

Кроме понятия и концепции ПМСП на конференции были определены возможности стран, основные пути и средства реализации, обязанности государств, правительств и международных организаций. Концепция ПМСП, как универсальная доктрина, учитывала разный уровень социально-экономического развития стран и их служб здравоохранения, а также множество культур и общин стран-участниц. Соответственно, уже на этом этапе предполагались **различные формы развития ПМСП в странах мира.**

При этом ВОЗ акцентировала внимание на том, что ПМСП направлена на решение основных проблем охраны здоровья населения и включает мероприятия по укреплению здоровья, профилактике, лечению и реабилитации. В зависимости от страны и района система ПМСП может иметь особенности, но должна включать следующие **функции**: содействие рациональному питанию и достаточному снабжению доброкачественной водой; проведение основных санитарно-

---

2 Большая медицинская энциклопедия (БМЭ), под редакцией Петровского Б. В., 3-е издание, онлайн- версия. бмэ.орг/index.php/ПЕРВИЧНАЯ _МЕДИКО-САНИТАРНАЯ _ПОМОЩЬ

3 World Health Organization.(1979). Formulating strategies for health for all by the year 2000: guiding principles and essential issues, document of the Executive Board of the World Health Organization. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/40669

4 Алма-Атинская декларация. Международная конференция по первичной медико-санитарной помощи. 12 сентября 1978 года. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/113875/E93944R.pdf

5 Термин «community» - сегодня чаще переводится как «местное сообщество», однако здесь и далее мы будем преимущественно использовать термин «община» или производные «общинный» и т.д.

гигиенических мероприятий; охрану здоровья матери и ребенка, включая планирование семьи; вакцинацию против основных инфекционных болезней, профилактику местных эпидемических заболеваний и борьбу с ними; санитарное просвещение по актуальным проблемам охраны здоровья и способам их решения, включая профилактику, лечение распространенных заболеваний и травм. Учитывая крайне низкий социально-экономический уровень некоторых развивающихся стран, в документах ВОЗ, в т. ч. материалах Всемирных ассамблей здравоохранения, имеются попытки определить **минимум санитарно-гигиенических и медицинских требований ПМСП** (например, наличие доброкачественной воды в домах или в 15 мин. ходьбы от жилища; проведение иммунизации против дифтерии, столбняка, коклюша, кори, полиомиелита, туберкулеза; оказание медико-санитарной помощи по месту жительства, включая пользование минимум 20 лекарственными средствами; наличие персонала для акушерско-гинекологической помощи)[6].

За 40 лет достигнут значительный прогресс в области ПМСП, однако в полной мере идеи Алма-Атинской декларации не были реализованы. Многие страны успешно реализовали отдельные направления, изложенные в Алма-Атинской декларации. В основном это страны с высоким доходом, но есть также успешный опыт в странах с низким и средним доходом[7]. Среди наиболее значимых достижений внедрения ПМСП, способствующих улучшению здоровья и справедливости в отношении здоровья среди стан, отмечается значительный прогресс в охвате базовой медико-санитарной помощью, иммунизацией, а также в искоренении ряда инфекционных заболеваний и борьбе с ними. Во многих странах эти достижения были реализованы не только среди населения в целом, но и среди подгрупп населения, традиционно маргинализированных или особо уязвимых по географическим и социально-экономическим причинам. Поступая таким образом, эти страны добились значительного прогресса в достижении целей справедливости ПМСП[8].Однако все еще нерешенным остается вопрос обеспечения всеобщего доступа к высококачественной помощи на основе ПМСП. Ни одна страна, не говоря уже о мире в целом, не достигла цели здоровья для всех к 2000 г. И до сих пор около половины населения мира не имеет доступа к необходимым услугам, а плохое состояние здоровья непропорционально сказывается на тех, кто сталкивается с неблагоприятными социальными и другими детерминантами здоровья, вызывая неравенство в отношении здоровья как внутри стран, так и между странами[9]. Реализации концепции и ценностей, изложенных в Алма-Атинской декларации, препятствовали неадекватное политическое руководство и обстоятельства за пределами сектора здравоохранения (например, экономический кризис и политическая нестабильность) и внутри сектора здравоохранения (например, глобальные эпидемии, вертикальное заболевание): специфические подходы, нерегулируемое частное здравоохранение и чрезмерные инвестиции в специализированную лечебную помощь)[10]. Противодействующие силы во многих случаях привели к маргинализации первичной медико-санитарной помощи. Эта маргинализация привела к недостаточной приоритизации услуг первичной помощи, невнимательности к влиянию других секторов на здоровье и отсутствию прогресса в обеспечении справедливости в отношении здоровья.

С 1978 г. **контекст здравоохранения значительно изменился,** иногда не так, как ожидалось на Алма-Атинской конференции.

Частично благодаря успехам стратегии первичной медико-санитарной помощи материнская и детская смертность во всем мире резко снизились[11], что связано с уменьшением относительного

---

6 Большая медицинская энциклопедия (БМЭ), под редакцией Петровского Б. В., 3-е издание, онлайн- версия. бмэ.орг/index.php/ПЕРВИЧНАЯ _МЕДИКО-САНИТАРНАЯ _ПОМОЩЬ

7 Balabanova D., Mills A., Conteh L., Akkazieva B., Banteyerga H., Dash U. et al. Good health at low cost 25 years on: lessons for the future of health systems strengthening. Lancet. 2013 Jun 15;381(9883):2118–33. doi: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62000-5 PMID: 23574803.

8 WHO. Review of 40 years of primary health care implementation at country level. 2019. https://www.who.int/docs/default-source/documents/about-us/evaluation/phc-final-report.pdf?sfvrsn=109b2731_4.

9 WHO, the International Bank for Reconstruction and Development/the World Bank. Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report. Geneva: World Health Organization; 2017 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/260522).

10 Tedros Adhanom Ghebreyesus, Henrietta Fore, Yelzhan Birtanov, Zsuzsanna Jakab, Primary health care for the 21st century, universal health coverage, and the Sustainable Development Goals, The Lancet, Volume 392, Issue 10156, 2018, Pages 1371-1372, ISSN 0140-6736, https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32556-X. (https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014067361832556X).

11 World health statistics 2020: monitoring health for the SDGs. Geneva: World Health Organization; 2020. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332070/9789240005105-eng.pdf [cited 02 Jul 2021].

бремени болезней от инфекций. Однако **бремя неинфекционных заболеваний** (**не упомянутое** в Алма-Атинской декларации) возросло, и в настоящее время, по оценкам, ежегодно в мире умирает 41 миллион человек, что составляет более 70 % от глобального бремени смертности от болезней, и поэтому вызывает гораздо большую потребность в оказании услуг по лечению хронических заболеваний[12].Само изменение бремени болезней с течением времени отражает множество других переходных процессов, которые произошли или происходят с разной скоростью внутри стран. Факторы, которые с 1978 г. предъявляют новые и часто более высокие требования к системам здравоохранения, включают: экономический рост (так что в большинстве стран помощь стала относительно меньшей частью бюджета здравоохранения); рост неравенства в некоторых странах; падение рождаемости и, как следствие, старение населения; поляризация обществ и сохраняющиеся конфликты; повышение мобильности населения; воздействие изменения климата и ухудшения состояния окружающей среды на здоровье. Такие изменения требуют от руководства стран сложных и скоординированных межотраслевых действий, которые должны преодолевать сильные политические и коммерческие интересы[13]. **Революция в области информационных технологий** изменила общества и отдельных людей, в том числе сектор здравоохранения. Эти изменения открыли **большие возможности** для преобразования медицинской помощи, особенно первичной помощи, за счет лучшего отслеживания состояния здоровья людей и новых каналов оказания услуг, включая телемедицину. Мобильные телефоны и Интернет делают информацию напрямую доступной для людей, включая бедные и удаленные слои населения, которые никогда раньше не имели доступа к телефонам или компьютерам. Но в то же время эти тенденции создают **потенциальные проблемы**. Более широкая доступность дезинформации и осведомленности о несправедливости и том, что получают некоторые люди, может усилить ожидания, недовольство и недоверие людей к услугам здравоохранения. Все более широкое использование этих технологий в секторе здравоохранения может также усугубить несправедливость в отношении здоровья из-за неравенства в доступе к информационным и коммуникационным технологиям. Потенциал и угрозы искусственного интеллекта, машинного обучения и систематического извлечения и анализа больших и сложных данных еще предстоит осознать и понять.

В настоящее время **системы здравоохранения в большинстве стран плюралистичны**. Коммерческие и некоммерческие секторы играют более значительную роль в предоставлении услуг здравоохранения и производстве товаров медицинского назначения и оказывают большее влияние на детерминанты здоровья, чем было первоначально признано в Алма-Атинской декларации. Во многих странах частный сектор доминирует в предоставлении медицинских услуг с разной степенью эффективности, качества и действенности помощи. Часто это отрицательно сказывается на справедливости. Государственное управление и регулирование частного сектора в большинстве стран слабое.

За 40 лет, прошедших после Алма-Атинской конференции, **произошло ускорение появления новых инфекционных заболеваний**, на что указывает нынешняя пандемия COVID-19. Тем не менее в Алма-Атинской декларации ничего не говорилось о том, что сейчас называется **безопасностью здоровья**, а также об услугах здравоохранения на уровне населения (которые называют **оперативными функциями общественного здравоохранения**). В настоящее время наблюдается большее понимание ценности интеграции служб первичной помощи и общественного здравоохранения, а также важности усиления первичной помощи и роли сообществ в надзоре за чрезвычайными ситуациями, готовности и реагировании на них.

ВОЗ при поддержке ЮНИСЕФ возглавляет усилия по празднованию Алма-Атинской декларации и активизации движения за первичную медико-санитарную помощь каждые 10 лет. Эти мероприятия вносят полезный вклад, который заключается в попытке отреагировать на изменившийся контекст и рассмотрении того, как адаптировать видение и стратегии первичной медико-санитарной помощи к меняющимся политическим, социальным и экономическим условиям и как согласовывать политику здоровья в каждую новую эпоху.

---

12 GBD 2015 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2016 Oct 8;388(10053):1659–724. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32366-8.

13 Hodgson H. Global health watch 5: an alternative world health report. Med Confl Surviv. 2017 Dec;33(4):323-325. doi: 10.1080/13623699.2017.1411560. Epub 2017 Dec 8. PMID: 29219618.

Астанинская декларация: стратегическое видение и обязательства

По случаю сороковой годовщины принятия Алма-Атинской декларации участники Глобальной конференции по первичной медико-санитарной помощи, состоявшейся в Астане (Казахстан) 25 и 26 октября 2018 г., опубликовали Астанинскую декларацию, подтверждающую обязательства, выраженные в амбициозной и дальновидной Алма-Атинской декларации 1978 г. и Повестке дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. во имя достижения здоровья для всех14. При этом они обязались:

- принимать смелые политические решения в интересах здоровья во всех секторах;
- расширять права и возможности отдельных лиц и сообществ;7
- ориентировать поддержку, оказываемую заинтересованными сторонами, на национальные меры политики, стратегии и планы;
- выстраивать устойчивую первичную медико-санитарную помощь посредством знаний и наращивания потенциала, людских ресурсов для здравоохранения, технологий и финансирования.

Обязательства Астанинской декларации основаны на принятых ранее резолюциях, развивающих концепцию первичной медико-санитарной помощи согласно Алма-Атинской декларации:

- WHA62.12 (2009 г.) «Первичная медико-санитарная помощь, включая укрепление систем здравоохранения»;
- WHA65.8 (2012 г.) «Итоги Всемирной конференции по социальным детерминантам здоровья»;
- WHA69.24 (2016 г.) «Укрепление механизма комплексного ориентированного на людей медицинского обслуживания».

В принятой на шестьдесят второй сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения резолюции WHA62.12 (2009 г.) генеральному директору было поручено подготовить **планы реализации по четырем общим направлениям политики**, включая сосредоточение внимания на интересах человека. Эти четыре направления политики по сокращению неравенства в здравоохранении и улучшению здоровья для всех были определены в документе «Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2008 г. Первичная медико-санитарная помощь: сегодня актуальнее, чем когда-либо», который был опубликован в тридцатую годовщину Алма-Атинской международной конференции[15].Региональные комитеты ВОЗ также призывали к укреплению систем первичной медико-санитарной помощи, прежде всего в своих докладах[16], подготовленных для Глобальной конференции по первичной медико-санитарной помощи, которая состоялась в 2018 г. в Астане. Астанинская декларация подкрепляется «Концепцией первичной медико-санитарной помощи в XXI веке»[17], в которой дается **современное определение ПМСП**, рассматриваются компоненты комплексного подхода к ПМСП и описывается, каким образом они содействуют укреплению здоровья, справедливости и повышению эффективности. В документе также разъясняется, каким образом ПМСП согласуется со **всеобщим охватом услугами здравоохранения (ВОУЗ)** и **Целями в области устойчивого развития (ЦУР)** и способствует их достижению. В нем также приводятся некоторые выводы, сделанные за последние 40 лет в связи с успешным осуществлением мероприятий по обеспечению ПМСП, и описываются задачи, требующие решения. Наконец, в нем излагается **стратегическое видение ПМСП** для нынешнего столетия и предлагаются **основные рычаги для реализации этой концепции.** На семьдесят второй сессии Всемирная ассамблея здравоохранения в резолюции WHA72.2 в 2019 г. приветствовала Астанинскую декларацию и настоятельно призвала государства-члены принять меры для распространения и реализации концепции Астанинской декларации и содержащихся в ней обязательств с учетом национальных обстоятельств.

---

14 Declaration of Astana. Global Conference on Primary Health Care: Astana, Kazakhstan, 25 and 26 October 2018. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.61.

15 WHO. The world health report 2008: primary health care now more than ever. Geneva: World Health Organization; 2008 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/43949).

16 WHO technical document on primary health care. Regional reports on primary health care. (https://www.who.int/primary-health/technical-documents).

17 WHO, UNICEF. A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization; 2018 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/328065.

Для облегчения координации будущих усилий ПМСП на глобальном, национальном и местном уровнях и для руководства их выполнением было разработано четкое и простое определение.

«ПМСП – это подход к охране здоровья, охватывающий все общество и направленный на равноправное достижение наивысшего возможного уровня здоровья и благополучия каждым членом общества, в рамках которого приоритетное внимание уделяется удовлетворению медико-санитарных потребностей населения на самых ранних этапах их формирования посредством осуществления единого комплекса мероприятий от укрепления здоровья и профилактики до лечения, реабилитации и паллиативной помощи, осуществляемых максимально близко к среде повседневной жизни людей»[18].В сопроводительном документе о концепции были описаны **три взаимосвязанных и синергетических компонента ПМСП (Рисунок 1.)**:

1) первичная помощь и основные функции общественного здравоохранения как ядро комплексного предоставления медико-санитарных услуг: удовлетворение медико-санитарных потребностей людей за счет всесторонних мер по укреплению и охране здоровья, профилактике, лечению, реабилитации и паллиативной помощи на протяжении всей жизни с уделением приоритетного внимания в стратегическом отношении предоставлению основных медико-санитарных услуг отдельным лицам и семьям в рамках первичной помощи и обеспечению комплексного предоставления услуг здравоохранения населению в целом в качестве центрального элемента при решении основополагающих задач общественного здравоохранения;

2) расширение прав и возможностей людей и сообществ: расширение в целях достижения оптимального состояния их здоровья, прав и возможностей отдельных лиц, семей и сообществ, выступающих в качестве активных сторонников политики, направленной на укрепление и охрану здоровья и благополучия, участников процесса развития медико-санитарных и социальных услуг, а также лиц, оказывающих необходимую помощь другим и самим себе;

3) многосекторальные меры политики и действия: системное воздействие на более широкие детерминанты здоровья (включая социальные, экономические и экологические факторы, а также индивидуальные особенности и поведение людей) с помощью научно обоснованных мер

политики и действий во всех секторах[19].

Рисунок 1. Компоненты первичной медико-санитарной помощи

Источник: A vision for primary health care in the 21st century. Towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.15.

Таким образом, в основе ПМСП лежит приверженность социальной справедливости, равенству, солидарности и участию. Он основан на признании того, что обладание наивысшим достижимым уровнем здоровья является одним из основных прав каждого человека без различия. ПМСП затрагивает более широкие детерминанты здоровья и фокусируется на комплексных и

---

18 WHO, UNICEF. A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization; 2018 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/328065).

19 WHO, UNICEF. A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization; 2018 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/328065).

взаимосвязанных аспектах физического, психического и социального здоровья и благополучия. Он обеспечивает комплексный уход за здоровьем на протяжении всей жизни, а не только при определенных заболеваниях. ПМСП обеспечивает получение людьми качественной комплексной помощи – от укрепления здоровья и профилактики до лечения, реабилитации и паллиативной помощи, – максимально приближенной к повседневной среде обитания людей.

Первый компонент ПМСП был сфокусирован на том, что было основным политическим и практическим пространством для первичной медико-санитарной помощи со времен Алма-Аты: **первичная помощь**, в идеале оказываемая как можно ближе к месту проживания людей с помощью подхода, ориентированного на человека. В Астанинской декларации также подчеркивается необходимость того, чтобы **оперативные функции общественного здравоохранения** рассматривались как неотъемлемая часть первичной медико-санитарной помощи. ***Общественное здравоохранение – это спектр компетенций и действий, необходимых для достижения главной цели общественного здравоохранения – улучшения здоровья населения.*** В этом обзоре основное внимание уделяется основным, или вертикальным, функциям ***общественного здравоохранения***: охране здоровья, укреплению здоровья, профилактике заболеваний, эпиднадзору и реагированию, а также готовности к чрезвычайным ситуациям, включая вспышки инфекционных заболеваний[20].**Второй компонент** первичной медико-санитарной помощи сосредоточен на праве людей на автономию и контроль над своим здоровьем, а также на усилиях по удовлетворению потребностей людей в области здравоохранения. Людям нужна поддержка для повышения их санитарной грамотности для защиты и укрепления собственного здоровья посредством их собственного выбора, а также посредством политики, которая положительно влияет на детерминанты здоровья. Люди также должны иметь возможность участвовать в управлении и предоставлении медицинских услуг. Это участие включает в себя возможность поднимать вопросы, по которым принимаются меры, и участвовать в принятии решений по адаптации медицинских услуг к потребностям конкретных сообществ. Люди принадлежат к множеству сообществ, которые могут служить узлами для действий и солидарности как в управлении услугами здравоохранения, так и в самом предоставлении услуг.

Иными словами, чтобы всеобщий охват услугами здравоохранения (ВОУЗ) был действительно всеобщим, необходим переход от систем здравоохранения, ориентированных на болезни и учреждения, к **системам здравоохранения, предназначенным для людей, вместе с людьми**.

Третий компонент – многосекторальная политика и действия – основан на концепции межсекторальных действий Алма-Атинской декларации и расширяет ее и отражает более глубокое понимание важности детерминант здоровья для улучшения результатов и справедливости в отношении здоровья. **Современная концепция многосекторальных** действий как части первичной медико-санитарной помощи признает важную роль секторов, помимо здравоохранения, в создании и разрушении здоровья, а также необходимость скоординированных действий между этими секторами для достижения целей в области здравоохранения и снижения угроз здоровью, как описано в подходе «здоровье во всех стратегиях».

Таким образом, Астанинская декларация направлена на прояснение некоторой двусмысленности в Алма-Атинской декларации между политическим видением и концепцией первичной медико-санитарной помощи (реализация права на здоровье для достижения здоровья для всех) и практической направленностью первичной медико-санитарной помощи (включая первичную помощь и участие общин).

Важность первичной медико-санитарной помощи для ВОУЗ, ЦУР и текущих задач ВОЗ

Политическая концепция первичной медико-санитарной помощи считается актуальной и даже необходимой для достижения новых целей всеобщего охвата услугами здравоохранения (ВОУЗ) и Целей в области устойчивого развития (ЦУР). Хотя основная часть первичной медико-санитарной помощи осуществляется посредством первичной помощи, все еще существует уверенность, что первичная медико-санитарная помощь может быть более широким средством для

---

20 World Health Organization (2018b) Primary health care as an enabler for ‘ending the epidemics’ of high-impact communicable diseases. Technical series on primary health care. Geneva: World Health Organization. Available through: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326294/WHO-HIS-SDS-2018.42-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

принятия мер в рамках всего общества по достижению ЦУР[21,22].Здоровье занимает центральное место в Повестке дня в области устойчивого развития на период до 2030 года, поскольку оно относится ко многим Целям в области устойчивого развития (ЦУР) и находится в центре внимания **Цели 3** (Обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте). Приверженность принципам справедливости и принципу «не оставлять никого без внимания» отражена в **задаче 3.8** по достижению всеобщего охвата услугами здравоохранения. Тот факт, что многосекторальные меры политики и действия являются ключевыми компонентами ПМСП, соответствует интегрированному видению ЦУР и означает, что усилия, связанные с ПМСП, могут как опираться на ряд других секторов, так и укреплять их. В результате ПМСП может способствовать достижению ряда целей, помимо ЦУР 3, в том числе связанных с бедностью, голодом, образованием, гендерным равенством, чистой водой и санитарией, работой и экономическим ростом, сокращением неравенства и действиями в области климата (Рисунок 2).

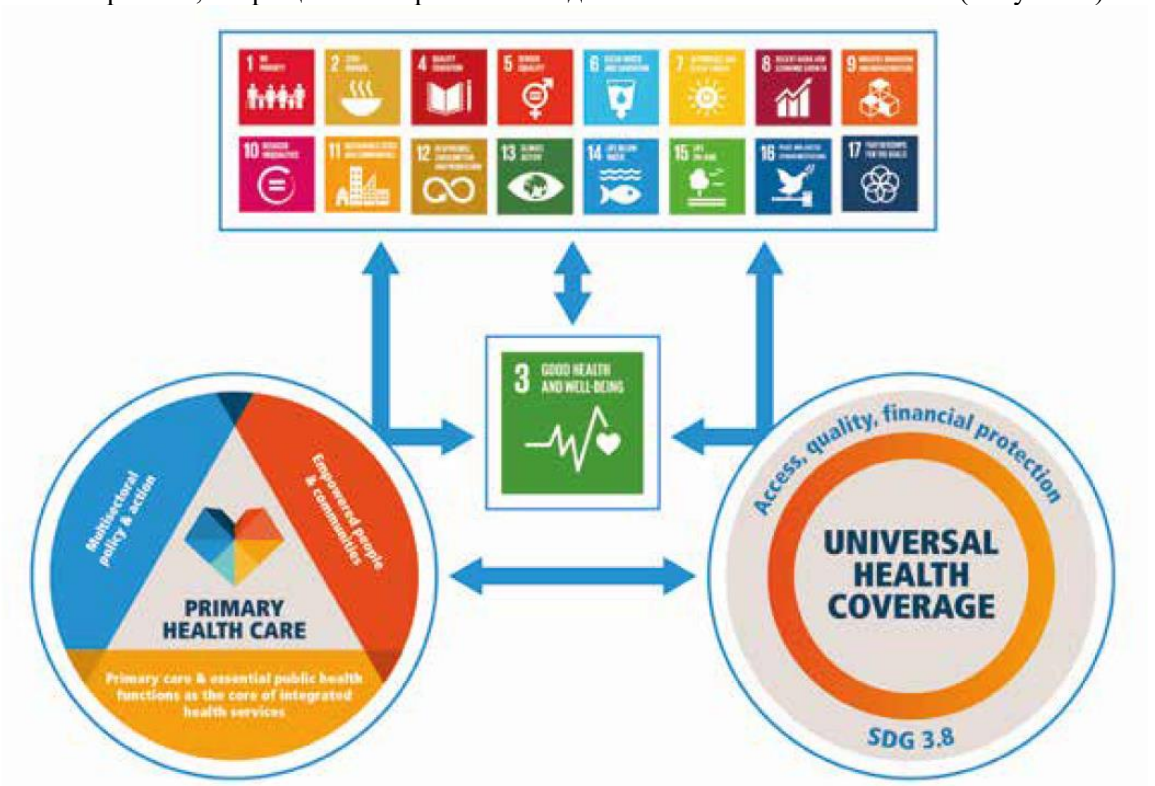

Рисунок 2. Связи ПМСП, ВОУЗ и ЦУР

Источник: A vision for primary health care in the 21st century. Towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.15.

Всеобщий охват услугами здравоохранения (ВОУЗ) означает, что все люди и сообщества получают необходимые им медицинские услуги, в том числе профилактические, защитные, лечебные, реабилитационные и паллиативные, достаточного качества, не испытывая финансовых затруднений.

Продемонстрированные связи первичной медико-санитарной помощи с улучшением результатов в отношении здоровья, повышением справедливости, повышением безопасности здоровья и повышением экономической эффективности делают **первичную медико-санитарную помощь краеугольным камнем укрепления систем здравоохранения**[23]. Системы

---

21 Hone T., Macinko J., Millett C. Revisiting Alma-Ata: what is the role of primary health care in achieving the sustainable development goals? Lancet. 2018 10 20;392(10156):1461–72. doi: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31829-4 PMID: 30343860.

22 Sanders D., Nandi S., Labontй R., Vance C., Van Damme W. From primary health care to UHC-one step forward and two steps back. Lancet. 2019 Aug 24;394(10199):619–21. doi: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31831-8 PMID: 31448726.

23 Political Declaration of the High-level Meeting on Universal Health Coverage: “Universal health coverage: moving together to build a healthier world” http://www.un.org/pga/73/wp-content/uploads/sites/53/2019/07/FINAL-draft-UHC-Political-Declaration.pdf.

здравоохранения, построенные на основе первичной медико-санитарной помощи, в свою очередь, имеют важное значение **для достижения всеобщего охвата услугами (ВОУЗ) здравоохранения**. Государства – члены ВОЗ взяли на себя **обязательство обновлять и внедрять ПМСП** как краеугольный камень устойчивой системы здравоохранения для ВОУЗ, Целей устойчивого развития (ЦУР), связанных со здоровьем, и безопасности здоровья. ПМСП обеспечивает «программный механизм» для ВОУЗ, ЦУР, связанных со здоровьем, и безопасностью здоровья. Это обязательство было закреплено и подтверждено в: Астанинской декларации[24], сопроводительной резолюции 72.2 Всемирной ассамблеи здравоохранения[25], Глобальном отчете о мониторинге ВОУЗ за 2019 год[26] и на заседании высокого уровня Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций по ВОУЗ[27]. ВОУЗ, ЦУР, связанные со здоровьем, и цели в области безопасности здоровья амбициозны, но достижимы. ПМСП предоставляет средства для ускорений прогресса в их достижении. *В **отчете ВОЗ о мониторинге всеобщего охвата услугами здравоохранения за 2019 г.**[28] первичная медико-санитарная помощь рассматривается как «программный механизм для [всеобщего охвата услугами здравоохранения] в большинстве контекстов» различными способами:*

- за счет акцента на расширении прав и возможностей сообществ и социальной ответственности;

- многосекторального подхода, который признает связь между здравоохранением и другими секторами;

- ориентации на целостную интеграцию отдельных услуг;

- за счет упора на рентабельность путем приближения комплексного здравоохранения к сообществам и домам;

- обеспечения справедливости.

В документе о концепции первичной медико-санитарной помощи, разработанном ВОЗ и ЮНИСЕФ, излагаются различные пути, по которым каждый из основных компонентов первичной медико-санитарной помощи рассматривается как укрепление всеобщего охвата услугами здравоохранения по трем основным направлениям, а именно:

1) содействие финансовой защите/сокращение расходов домохозяйств на здравоохранение;

2) качественные услуги, лекарства и вакцины;

3) равный доступ.

Стратегии ВОЗ в области ПМСП

ВОЗ помогает странам переориентировать свои системы здравоохранения на ПМСП как на ключевое средство достижения ВОУЗ, ЦУР 3 и безопасности здоровья. Системы здравоохранения должны соответствовать потребностям людей, соответствовать контексту и целям. **Укрепление системы здравоохранения** предполагает усиление управления и финансирования здравоохранения; обеспеченность кадрами здравоохранения; гендерное равенство и права; информационные системы; качество и безопасность пациентов; здоровье матери, новорожденного, ребенка и подростка вплоть до здорового старения; сексуальное и репродуктивное здоровье; медикаменты и медицинские принадлежности; готовность к чрезвычайным ситуациям, реагирование и восстановление; работу, в частности, с инфекционными и неинфекционными заболеваниями.ВОЗ определила **три стратегических направления работы по укреплению ПМСП во всем мире[29]:**

1. *Создание механизма «единого окна» для получения государствами-членами поддержки в развитии ПМСП, адаптированной к местному контексту и местным приоритетам*. К этому направлению работы относятся подготовка и реализация Оперативного механизма ПМСП,

---

24 WHO. Declaration of Astana. Global Conference on Primary Health Care: Astana, Kazakhstan, 25 and 26 October 2018 https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.61.

25 https://apps.who.int/gb/e/e_wha72.html.

26 Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage 2019 Global monitoring report. Conference edition. https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/uhc_report_2019.pdf.

27 The UN High-Level Meeting (UN HLM) on Universal Health Coverage, 23 September 2019, New York. https://www.uhc2030.org/un-hlm-2019/.

28 Primary Health Care on the Road to Universal Health Coverage 2019 Global monitoring report. Conference edition. https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/uhc_report_2019.pdf.

29 Раздел «Первичная медико-санитарная помощь» официального сайта ВОЗ. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care?limit=all.

извлечение практической выгоды из возможностей, открывшихся в контексте реагирования на COVID-19, восстановление систем здравоохранения после пандемии на новых принципах и на основе ПМСП. Эта важнейшая работа проводится с опорой на текущую деятельность и опыт стран и регионов всего мира.

2. *Формирование доказательной базы и стимулирование инноваций в области ПМСП с более четким акцентом на охвате услугами неблагополучных категорий населения*. Это направление работы опирается на имеющиеся данные об осуществлении мероприятий, рекомендации по передовой практике и практические руководства, экспертные знания стран, добившихся успеха в этой сфере, а также литературу, посвященную инновационным решениям. Основными практическими результатами этой деятельности будут рекомендации по мониторингу и измерению прогресса в области ПМСП в странах и в дальнейшем публикация глобального доклада о прогрессе в деле развития ПМСП, а также проведение инновационных мероприятий по повышению потенциала на базе Академии ВОЗ.

3. *Содействие новому импульсу в развитии ПМСП посредством лидерской роли ВОЗ, информационно-разъяснительной работы и стратегических партнерств* с правительствами, неправительственными организациями, организациями гражданского общества, партнерами в области развития, другими учреждениями системы ООН, донорами и прочими заинтересованными сторонами на глобальном, региональном и страновом уровнях. Среди прочих инициатив в рамках данного направления работы предусмотрено учреждение внешней Стратегической консультативной группы по ПМСП, которой будет поручено предоставление ВОЗ рекомендаций по вопросам развития ПМСП во всем мире, учреждение премии за заслуги в деле развития ПМСП во всем мире, а также содействие новым партнерствам и сетям сотрудничества по ПМСП с включением новых категорий заинтересованных сторон, таких как молодые лидеры в сфере здравоохранения, парламентарии и гражданское общество во всем его многообразии.

После празднования в Астане возник энтузиазм по поводу того, что «усилия по активизации первичной медико-санитарной помощи с большей вероятностью увенчаются успехом, чем в прошлом»[30]. Однако важно отметить, что стремление к справедливости и комплексности медицинской помощи, воплощенное в первичной медико-санитарной помощи, сталкивается со многими политическими препятствиями, которые до сих пор оказались непреодолимыми в большинстве стран. Текущий контекст ЦУР и ВОУЗ, как уже было показано выше, сильно отличается от мировоззрений во времена Алма-Атинской конференции. Простого утверждения, что первичная медико-санитарная помощь имеет важное значение для ЦУР и ВОУЗ, может быть недостаточно для стран.

Существует различие между этими двумя инструментами политики с точки зрения того, что каждый из них может наилучшим образом направлять и достигать. Дискурсы о первичной медико-санитарной помощи и ВОУЗ пересекаются и совпадают, но это не одно и то же. Первичная медико-санитарная помощь более тесно связана с первичной помощью и предоставлением услуг, в то время как ВОУЗ уделяет существенное внимание финансированию, о котором часто забывают. Усилия стран по внедрению первичной медико-санитарной помощи и ВОУЗ демонстрируют это. И первичная медико-санитарная помощь, и ВОУЗ – это лишь **частичные пути к достижению здоровья для всех и ЦУР 3**. Многие исследователи отмечали **их недостатки** в решении проблем, связанных с многосекторальными действиями в отношении социальных детерминант здоровья и безопасности здоровья[31,32]. Потенциал стран всех уровней доходов и вспомогательных глобальных систем для устранения межсекторальных угроз и последствий для здоровья ограничен.В каждой стране, несмотря на глобальные угрозы для здоровья, такие как изменение климата, существуют свои потребности, а также масштабы противоречий, двусмысленности и ограничений первичной медико-санитарной помощи, особенно в области политики и реализации. При этом п**отребности и**

---

30 Kluge H., Kelley E., Barkley S., Theodorakis P. N., Yamamoto N., Tsoy A. et al. How primary health care can make UHC a reality, ensure healthy lives, and promote wellbeing for all. Lancet. 2018 10 20;392(10156):1372–4. doi: http:// dx .doi .org/ 10 .1016/ S0140 -6736(18)32482 -6 PMID: 30343844.

31 Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: Commission on Social Determinants of Health final report. Geneva: World Health Organization; 2008. Available from: https:// www .who .int/ social determinants/ thecommission/ finalreport/ en/ [2019 Dec 15].

32 GHRF Commission (Commission on a Global Health Risk Framework for the Future). The neglected dimension of global security: a framework to counter infectious disease crises. Washington, DC: National Academies Press; 2016. Available from: https:// nam .edu/ wp -content/ uploads/ 2016/ 01/Neglected -Dimension -of -Global -Security .pdf [cited 2019 Dec 15].

действия страны часто объективно преобладают над заботами участников глобального здравоохранения. Политическое видение и направленность реализации первичной медико-санитарной помощи – идеализм здоровья для всех и прагматизм первичной помощи – могут по-разному сосуществовать в рамках конкретной страны.

Различия между первичной помощью и первично медико-санитарной помощью

Широкое применение стратегии первичной медико-санитарной помощи часто порождает противоречия между политическим видением (концепцией) первичной медико-санитарной помощи и ее реализацией в странах. Эти противоречия, оставшиеся со времен Алма-Атинской конференции, между широким политическим видением (концепцией) первичной медико-санитарной помощи и ее реализацией в странах **в основном сосредоточены на первичной помощи**[33].Было сделано много обзоров различий между первичной медико-санитарной помощью и первичной помощью[34,35,36.] Тем не менее **сохраняется потребность в более конкретном определении первичной медико-санитарной помощи в контексте конкретной страны.** Широта и сложность общей картины здоровья для всех, а также двусмысленность Алма-Атинской декларации побудили многие страны принять **более узкие рамки реализации первичной медико-санитарной помощи**. Это сужение отражается в использовании таких терминов, как:

- работники первичной медико-санитарной помощи;
- системы первичной медико-санитарной помощи;
- первичные медико-санитарные услуги.

В настоящее время существуют более новые версии тенденции предписывать список приоритетных вмешательств для первичной медико-санитарной помощи с точки зрения первичной помощи и вмешательств в области общественного здравоохранения[37].Такие усилия отсылают к **концепции избирательной первичной медико-санитарной помощи**[38,39], например, в использовании такого термина, как **необходимый ВОУЗ**, для описания приоритетных пакетов. Следует отметить, что **выборочная первичная медико-санитарная помощь** также была впервые сформулирована как **временная стратегия**, направленная на полное видение первичной медико-санитарной помощи, и больше подходила для министерств здравоохранения, испытывающих нехватку ресурсов. Однако при выборе такой стратегии существует опасность того, что будет упущена возможность переориентации деятельности в области здравоохранения на благо общества, что необходимо для обеспечения социальной справедливости и экономической и экологической устойчивости. Остается спорным вопрос о том, в какой степени первичная медико-санитарная помощь включает многосекторальные действия в отношении детерминант здоровья. Первичная медико-санитарная помощь может быть недостаточно надежной или понятной для тех, кто не входит в сектор здравоохранения, но чье лидерство имеет важное значение для воздействия на детерминанты здоровья, чтобы обеспечить выполнение ряда многосекторальных действий в области здравоохранения, необходимых для достижения таких целей, как ЦУР, относящиеся к здоровью. Более того, термин «первичная медико-санитарная помощь» иногда остается неясным для многих людей даже в секторе здравоохранения.

---

33 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7607474/.

34 Evans T., Rasanathan K. Primary care and global health. In: Jameson J. L., Fauci A.S., Kasper D. L., Hauser S. L., Longo D. L., Loscalzo J. L., editors. Harrison's principles of internal medicine. 20th ed. New York: McGraw-Hill; 2018.

35 Kruk M. E., Porignon D., Rockers P. C., Van Lerberghe W. The contribution of primary care to health and health systems in low- and middle-income countries: a critical review of major primary care initiatives. Soc Sci Med. 2010 Mar;70(6):904–11. doi: http:// dx .doi .org/ 10 .1016/ j .socscimed .2009 .11 .025 PMID: 20089341.

36 Rasanathan K., Montesinos E. V., Matheson D., Etienne C., Evans T. Primary health care and the social determinants of health: essential and complementary approaches for reducing inequities in health. J Epidemiol Community Health. 2011 Aug;65(8):656–60. doi: http://dx.doi.org/10.1136/jech.2009.093914 PMID: 19933684.

37 Watkins D. A., Yamey G., Schдferhoff M., Adeyi O., Alleyne G., Alwan A. et al. Alma-Ata at 40 years: reflections from the Lancet Commission on Investing in Health. Lancet. 2018 10 20;392(10156):1434–60. doi: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32389-4 PMID: 30343859.

38 Walsh J. A., Warren K. S.. Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. N Engl J Med. 1979 Nov 1;301(18):967–74. doi: http:// dx .doi .org/ 10 .1056/ NEJM197911013011804 PMID: 114830.

Newell K. W. Selective primary health care: the counter revolution. Soc Sci Med. 1988;26(9):903–6. doi: http:// dx .doi .org/ 10 .1016/ 0277 -9536(88)90409 -1 PMID: 3388069.

ВОЗ в настоящий момент четко различает термины **«первичная медико-санитарная помощь» (primary health care)** и тесно связанный с ним термин **«первичная помощь» (primary care),** который представляет собой вид и условие (учреждение) предоставления помощи, которая основана на первичном контакте, а также на доступном, непрерывном, комплексном и координированном предоставлении услуг индивидуумам и общинам[40]. Таким образом, первичная помощь является одним из важных элементов первичной медико-санитарной помощи, но также четко отличается от гораздо более широкой концепции первичной медико-санитарной помощи как общего подхода к здоровью.

Механизм реализации концепции ПМСП

Глобальная приверженность ПМСП в Астанинской декларации должна быть воплощена в конкретные действия, которые принесут видимые изменения, видимые результаты и внесут вклад в состояние здоровья сообществ. Однако, кроме этого, системы здравоохранения, ориентированные на первичную медико-санитарную помощь, необходимы для эффективного решения **текущих приоритетов ВОЗ**, включая:

- Тринадцатую общую программу работы ВОЗ на 2019–2023 гг., уделяющую особое внимание укреплению здоровья, обеспечению безопасности в мире и оказанию помощи уязвимым;
- Глобальный план действий по обеспечению здорового образа жизни и благополучия для всех, включая «ускоритель» первичной медико-санитарной помощи для расширения сотрудничества между партнерами в целях ускорения прогресса на страновом уровне в достижении связанных со здоровьем задач Целей в области устойчивого развития;
- услуги здравоохранения, ориентированные на людей;
- Рамочную программу ВОЗ для действий по укреплению систем здравоохранения для улучшения результатов в отношении здоровья[41] с ее **шестью строительными блоками**, в которых принципы и стратегии действий согласованы с **общим подходом к первичной медико-санитарной помощи и рычагами для реализации концепции** (Таблица 1)[42].

Таблица 1. Обзор рычагов первичной медико-санитарной помощи

Название	**Полное описание**
Ключевые стратегические рычаги	
Политическая воля и руководство/политическая приверженность и лидерство	Политическая воля и руководство, при которых признается главная роль ПМСП в рамках усилий по достижению всеобщего охвата услугами здравоохранения и ее многоаспектный вклад в достижение ЦУР
Основы стратегического управления и политики	Структуры стратегического управления, основы политики и регулирование в поддержку ПМСП, которые способствуют формированию партнерских отношений внутри секторов и между ними, а также укреплению ведущей роли сообществ и взаимной подотчетности
Финансирование и распределение ресурсов	Мобилизация и распределение достаточных финансовых ресурсов для ПМСП в целях установления более справедливого доступа, создания платформы и стимулирующей среды для обеспечения предоставления высококачественных помощи и услуг и минимизации финансовой нагрузки
Привлечение сообществ и других заинтересованных сторон	Привлечение сообществ и других заинтересованных сторон из всех секторов для выявления проблем и поиска решений и определения приоритетных действий на основе

40 Глоссарий терминов. Инструмент мониторинга воздействия, показателей деятельности и потенциала первичной медико-санитарной помощи (PHC-IMPACT) в Европейском регионе ВОЗ https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/422111/Impact-Glossary-RU-171219.pdf.

41 World Health Organization. (2007). Everybody's business — strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/43918.

42 Примечание: некоторые рычаги были пересмотрены в ходе консультаций, и их формулировка не соответствует дословно тексту «Концепции первичной медико-санитарной помощи в XXI веке». Общее содержание остается без изменений.

	политического диалога
Операционные рычаги	
Модели оказания помощи	**Модели оказания помощи, способствующие развитию высококачественной, ориентированной на человека первичной помощи и ключевых функций общественного здравоохранения в качестве основы комплексного медико-санитарного обслуживания на протяжении всей жизни человека**
Кадровые ресурсы первичной медико-санитарной помощи	Надлежащие численность, уровни компетентности и распределение преданного делу многопрофильного персонала первичной медико-санитарной помощи, включающего сотрудников учреждений, работников выездной специализированной помощи и участковых работников, при поддержке в виде эффективного кураторства и соответствующей компенсации
Материально-техническая инфраструктура	Безопасные и доступные учреждения первичной медико-санитарной помощи для предоставления эффективных услуг, с надежными системами водоснабжения, канализации и удаления/утилизации отходов, средствами связи и энергоснабжения, а также с транспортными системами, способными доставлять пациентов к другим поставщикам помощи
Лекарственные средства и другая продукция медицинского назначения	Обеспечение на основе прозрачных процессов наличия и доступности по цене надлежащих, безопасных, эффективных и качественных лекарственных средств и другой медицинской продукции, предназначенной для улучшения здоровья
Взаимодействие с поставщиками из частного сектора	Тесное партнерство между структурами государственного и частного секторов по предоставлению комплексных медико-санитарных услуг
Системы закупок и платежей	Системы закупок и платежей, способствующие переориентации моделей оказания помощи на комплексное предоставление медико-санитарных услуг, в основе которых лежат первичная помощь и общественное здравоохранение
Цифровые технологии здравоохранения	Использование цифровых технологий в интересах здравоохранения с целью облегчения доступа к помощи и услугам, повышения эффективности и результативности и усиления подотчетности
Системы повышения качества помощи	Системы на местном, субнациональном и национальном уровнях для непрерывной оценки и улучшения качества комплексных медико-санитарных услуг
Исследования, ориентированные на первичную медико-санитарную помощь	Управление исследовательской деятельностью и процессом распространения знаний, включая распространение накопленного опыта, а также использование знаний для ускоренного расширения масштабов применения успешных стратегий по укреплению систем, ориентированных на ПМСП
Мониторинг и оценка	Мониторинг и оценка с помощью эффективно функционирующих систем медико-санитарной информации, генерирующих достоверные данные и облегчающих использование информации для более эффективного принятия решений и усвоения накопленного опыта структурами на местном, национальном и глобальном уровнях

Более подробная информация по каждому рычагу реализации концепции и набор действий и мероприятий, которыми страны могли бы руководствоваться в своих усилиях по укреплению систем здравоохранения, ориентированных на ПМСП, представлен в недавнем документе ВОЗ

«**Операционный механизм первичной медико-санитарной помощи» (**Operational framework for primary health care: transforming vision into action **)**[43], который **был принят странами в** ноябре 2020 года.

Операционный механизм первичной медико-санитарной помощи (ОМ ПМСП) предоставляет четыре стратегических и десять операционных рычагов для преобразования глобальных обязательств в практические действия и укрепления ПМСП на страновом уровне. Операционный механизм принят странами для реализации Астанинской декларации и построения устойчивых систем здравоохранения, основанных на первичной медико-санитарной помощи[44]. Этот механизм строится с учетом работы ВОЗ в области первичной медико-санитарной помощи за последние 40 лет и будет учитываться в общих программах работы и программных бюджетах ВОЗ в целях укрепления систем здравоохранения и поддержки стран в расширении национальных усилий по осуществлению первичной медико-санитарной помощи. Как уже было отмечено ранее, в «Концепции первичной медико-санитарной помощи в XXI веке» излагается стратегическое видение ПМСП для нынешнего столетия и предлагаются основные рычаги для реализации этой концепции, а ОМ ПМСП раскрывает более подробно информацию по каждому рычагу и содержит действия и мероприятия по укреплению систем здравоохранения, ориентированных на ПМСП.

Эти рычаги охватывают структурные составляющие системы здравоохранения и позволяют определить ее ключевые элементы, которые могут быть использованы для ускорения прогресса в области ПМСП (Рисунок 3). Они взаимозависимы, взаимосвязаны и усиливают друг друга. Эти рычаги подразделяются **на ключевые стратегические** и **операционные рычаги**. Ключевые стратегические рычаги могут обеспечить основу для действий с использованием других рычагов; любое устойчивое совершенствование операционных рычагов маловероятно без наличия прочной основы в виде стратегических рычагов. Из этого следует, что действия и мероприятия в рамках каждого рычага не предназначены для их осуществления независимо друг от друга и что они должны комплексно и всесторонне учитываться в рамках национальных процессов планирования в области здравоохранения.

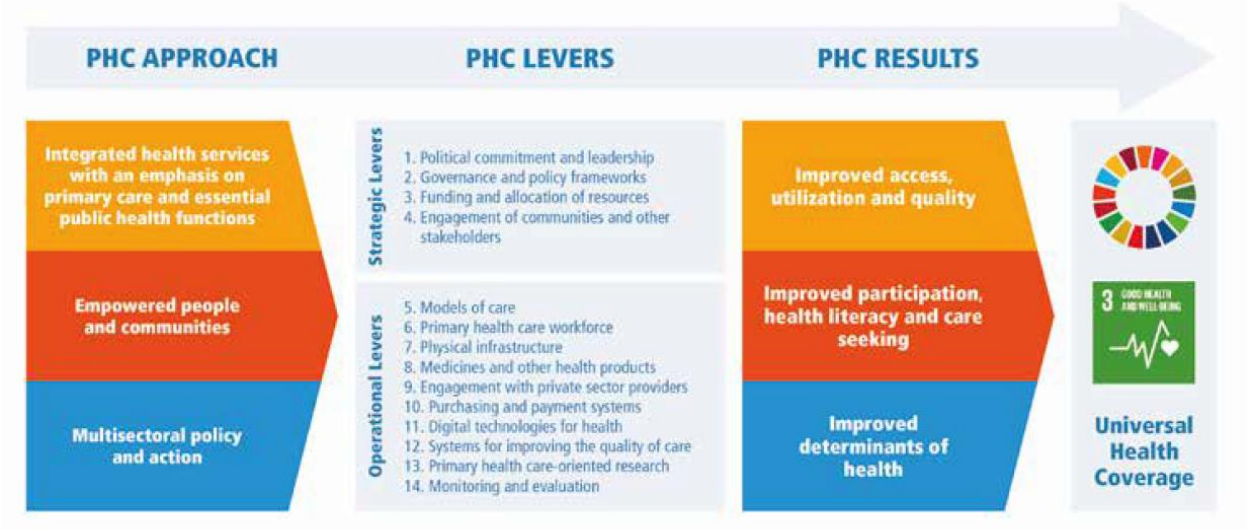

Рисунок 3. Теория изменений в первичной медико-санитарной помощи
Источник: https://www.who.int/publications/i/item/9789240017832.

43 World Health Organization & United Nations Children's Fund (UNICEF). (2020). Operational framework for primary health care: transforming vision into action. World Health Organization https://www.who.int/publications/i/item/9789240017832.

44 https://www.who.int/news-room/events/detail/2021/06/22/default-calendar/high-level-event-the-role-of-primary-health-care-in-the-covid-19-pandemic-response-and-leading-equitable-recovery.

Международный опыт моделей первичной медико-санитарной помощи

Для написания данного обзора было важно определить, что понимать под термином «модель первичной медико-санитарной помощи».

Как было указано выше ПМСП – это широкое понятие, описывающее подход к охране здоровья населения. Одним из основных компонентов ПМСП (primary health care), его ядром является первичная помощь (primary care). И сейчас эти два понятия в иностранной литературе стараются различать, но не всегда это так. Например, часто при переводе на русский язык в обоих случаях используется термин «первичная медико-санитарная помощь». В нашем обзоре мы постарались соблюдать различия в этих двух понятиях и представляем информацию, касающуюся того, как первичная помощь организована в разных странах и как она координируется с услугами общественного здравоохранения (ее основными функциями), играя роль ядра ПМСП. В России можно наблюдать обратный процесс – выделение услуг общественного здравоохранения из услуг первичной медико-санитарной помощи. Исторически в нашей стране эти системы были взаимосвязаны.

Как мы видели, понимание того, что такое ПМСП, происходит по-разному в разных странах. Процесс теоретизации концепции ПМСМ, предложенной ВОЗ, в том числе описание различных структурных элементов и моделей ПМСП в глобальном масштабе и в рамках отдельных стран, школ и направлений, не доведен до логического завершения, и среди ученых продолжается обсуждение терминологии и понятийного аппарата.

Основополагающими работами по исследованию теории и практики в области организации ПМСП и оказания первичной медицинской помощи являются труды Барбары Старфилд (Barbara Starfield), выдающейся фигуры в этой области, проект «Мониторинг деятельности в области первичной медико-санитарной помощи в Европе» (Primary Health Care Activity Monitor for Europe - PHAMEU) и «Качество и стоимость первичной помощи в Европе» (Quality and Costs of Primary Care in Europe – QUALICOPC)[45,46,47] Например, Старфилд одна из первых исследовала, что составляет «хорошую» систему первичной помощи[48]. В Алма-Атинской декларации ПМСП была охарактеризована как «основанная на применении соответствующих результатов социальных, биомедицинских и медицинских исследований, а также опыта общественного здравоохранения»[49]. В отчете за 2008 год ВОЗ подчеркнула необходимость развития производства знаний и исследовательской работы в сфере ПМСП[50]. Возникшее в поддержку ПМСП глобальное движение в течение 40 лет способствовало проведению все большего числа исследований в этой области и расширению новых знаний, начиная с области общей практики первичной помощи и заканчивая масштабом и глубиной концепции ПМСП. Некоторые страны (например, США, Великобритания, Австралия, Канада) имеют беспрецедентное превосходство и лидерство в области проводимых исследований ПМСП[51,52]. Первоначально проводимые и/или возглавляемые терапевтами или семейными врачами и с узким акцентом на принятии клинических решений в клинических условиях мультидисциплинарные группы, проводящие исследования на уровне первичной помощи, теперь

---

45 Starfield B. (1998) Primary care: balancing health needs, services, and technology. USA: Oxford University Press.

46 Schäfer W. L., Boerma W. G., Kringos D. S., De Maeseneer J., Greß S., Heinemann S., Rotar-Pavlic D., Seghieri C., Švab I., Van den Berg M. J. and Vainieri M. (2011) QUALICOPC, a multi-country study evaluating quality, costs and equity in primary care. BMC Family Practice 12, 115.

47 Kringos D. S., Boerma W. G., Hutchinson A. and Saltman R. B. (2015) Building primary care in a changing Europe. WHO Regional Office for Europe.

48 Starfield B., Shi L., & Macinko J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. The Milbank Quarterly, 83(3). Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690145/pdf/milq0083-0457.pdf.

49 United Nations (UN) (1978). Primary Health Care. Geneva: World Health Organization, Alma-Ata 1978. https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/almaata78.

50 World Health Organization. *Primary Health Care - Now More Than Ever*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2008.

51 Glanville J., Kendrick T., McNally R., Campbell J., Hobbs F. R. Research output on primary care in Australia, Canada, Germany, the Netherlands, the United Kingdom, and the United States: bibliometric analysis BMJ 2011; 342 :d1028 doi:10.1136/bmj.d1028.

52 Hajjar F., Saint-Lary O., Cadwallader J. S., Chauvin P., Boutet A., Steinecker M., Robert S., Ibanez G. (2019). Development of Primary Care Research in North America, Europe, and Australia From 1974 to 2017. Annals of family medicine, 17(1), 49–51. doi:10.1370/afm.2328.

включают специалистов с широким спектром знаний и опыта. Об этом также свидетельствуют размер, масштабы и амбиции высокоэффективных отделений ПМСП в очень конкурентной среде университетов и академических центров, которые часто занимают лидирующие позиции в мировых рейтингах.

Рост и влияние исследований в области ПМСП привели к созданию тематических рубрик в базах данных и журналов, посвященных данной теме (например, журнал Primary health care research & development[53]). Основанная в 1972 году Всемирная организация семейных врачей (World Organization of Family Doctors – WONCA) на протяжении многих лет играла важную пропагандистскую роль, выполняя миссию в отношении исследований по поощрению и поддержке развития академических организаций врачей ПМСП и представлению их исследовательской деятельности [54]. На глобальном, региональном и национальном уровнях встречи, такие как:

- Всемирная конференция WONCA (WONCA World Conference);
- Североамериканская исследовательская группа по первичной помощи (North American Primary Care Research Group – NAPCRG);
- Европейская сеть исследований общей практики (European General Practice Research Network – EGPRN);
- Общество академической первичной помощи в Соединенном Королевстве (Society for Academic Primary Care (SAPC) in the United Kingdom)

обеспечивают форумы, где продвигаются и распространяются передовые исследования ПМСП.

Европейский форум по первичной помощи (European Forum for Primary Care – EFPC) представляет собой ежегодный международный форум для объединения исследований, политики и практики, а журнал Primary Health Care Research & Development (PHCRD) – его официальный журнал, где участники могут сообщать о своей работе и делиться позициями по всем аспектам ПМСП.

Широта исследований ПМСП в каждой стране определяется не только потребностями системы здравоохранения, но и **политикой ПМСП** и **организационными механизмами**. Во многих странах поддержка исследований ПМСП является приоритетом для дальнейшего укрепления и развития ПМСП во всем мире.

В следующей части нашего обзора мы по возможности кратко представим основную информацию о центральной части одного из трех компонентов ПМСП – моделях первичной помощи различных стран и их координации с основными функциями общественного здравоохранения как основы предоставления комплексных медико-санитарных услуг.

Кроме того, несмотря на то, что системы здравоохранения в разных странах во многом отличны друг от друга, все они в настоящий момент решают проблемы, связанные с COVID-19. Пандемия COVID-19 сосредоточена на многих проблемах общественного здравоохранения, неотложной и долгосрочной помощи, а изменения, произошедшие в рамках первичной медико-санитарной помощи, в этот период оставались в значительной степени неизученными. Тем не менее пандемия выявила проблемы в организации первичной помощи во многих странах мира, а также представила некоторые возможности для ускорения процесса укрепления систем здравоохранения. Врачи первичной помощи (семейные врачи и терапевты) могут составлять до 50 % медицинского персонала и сами очень восприимчивы к заражению возникающими инфекционными заболеваниями, поскольку они часто являются первым контактным лицом, с которым люди контактируют в системе здравоохранения. Поэтому изучение опыта стран в контексте реагирования на сложившуюся ситуацию и восстановления систем здравоохранения на новых принципах с упором на ПМСП имеет важное значение. В связи с этим в наш обзор включены материалы, касающиеся того, как модели первичной помощи были реорганизованы для ответных действий на COVID-19 и какую роль сыграли службы общественного здравоохранения.

Согласно документальному анализу[55], в различных странах были реализованы различные стратегии и формы организации ПМСП, поскольку они проводили мероприятия в соответствии с местными особенностями передачи заболеваний, демографии, организации общественного здравоохранения, а также потенциала и финансирования системы здравоохранения, особенно в

---

53 https://www.cambridge.org/core/journals/primary-health-care-research-and-development.

54 Global Family Doctor (2018) Получено 3 августа 2018 г. С сайта www.globalfamilydoctor.com.

55 Prado Nilia Maria de Brito Lima et al. The international response of primary health care to COVID-19: document analysis in selected countries. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2020, v. 36, n.,e 00183820. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00183820>. Epub 20 Nov 2020. ISSN 1678-4464. https://doi.org/10.1590/0102-311X00183820.

области первичной помощи. Довольно много исследований было посвящено таким мерам общественного здравоохранения, как одобрение и общее соблюдение ограничений на поездки, физическое дистанцирование, использование масок и минимизация количества социальных контактов. Изучение реорганизации служб первичной медико-санитарной помощи в современных исследованиях сосредоточено на адаптации к пандемии, разработке действий на уровне сообществ и надзоре за здоровьем для блокирования и снижения риска распространения эпидемии; непрерывности действий первичного звена в рамках рутинной деятельности по укреплению здоровья, профилактике заболеваний и оказании помощи населению, а также на участии и социальной вовлеченности в соблюдение мер для смягчения последствий заболевания[56,57,58,59]. Кроме изменений в организации первичной помощи, исследователи уделяют внимание одному из существенных изменений во время пандемии: увеличению числа телефонных и видеоконсультаций, в ходе которых использовались различные информационные технологии в области здравоохранения.

С точки зрения реакции стран на COVID-19 в обзор были включены материалы по таким странам, как Великобритания, США (страны с наибольшим количеством случаев, зарегистрированных ВОЗ) и Япония, которая приняла стратегию смягчения последствий, предотвращающую быстрое увеличение случаев COVID-19.

Понятие модели оказания помощи

В ОМ ПМСП предложено следующее определение *модели оказания помощи (Model of care):*

Модель оказания помощи (Model of care) *– это концепция того, как должны предоставляться услуги, включая* ***процессы оказания помощи, организацию поставщиков и управление услугами****, на основе определения функций и сфер ответственности различных платформ[60] и поставщиков в рамках маршрутов оказания помощи. Модель оказания помощи развивается в соответствии с изменением целей и приоритетов населения в области здоровья и в целях повышения эффективности системы здравоохранения. Модель оказания помощи может адаптироваться к конкретным условиям в целях обеспечения ее оптимальной эффективности, равнодоступности и действенности[61].* Модель оказания помощи оказывает влияние на конфигурацию структурных элементов (управление, финансирование, трудовые ресурсы,

---

56 Prado Nilia Maria de Brito Lima et al. The international response of primary health care to COVID-19: document analysis in selected countries. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2020, v. 36, n., e00183820. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00183820>. Epub 20 Nov 2020. ISSN 1678-4464. https://doi.org/10.1590/0102-311X00183820.

57 COVID-19 and primary care in six countries Patricia Huston, John Campbell, Grant Russell, Felicity Goodyear-Smith, Robert L Phillips, Chris van Weel, William Hogg BJGP Open 2020; 4 (4): bjgpopen20X101128. DOI: 10.3399/bjgpopen20X101128.

58 Rasanathan K., Evans T. G. Primary health care, the Declaration of Astana and COVID-19 Bull. World Health Organ. 2020 Nov 1; 98(11): 801–808. Published online 2020 Oct 5. doi: 10.2471/BLT.20.252932. PMCID: PMC7607474.

59 COVID-19 and international primary care systems: Rebuilding a stronger primary care Luke N Allen, Hajira Dambha-Miller.BJGP Open 2020; 4 (4): bjgpopen20X101130. DOI: 10.3399/bjgpopen20X101130.

60 Платформа – это уровень системы здравоохранения или социального обеспечения, на котором вмешательства могут быть надлежащим, эффективным и действенным образом реализованы. Конкретная платформа определяется на основе того, где будет осуществляться вмешательство (настройка) и кто будет проводить вмешательство (поставщик услуг). По сути, платформы можно определить как логистически связанные каналы доставки. Конкретный канал доставки, например школа, может быть средством реализации конкретного вмешательства на указанной платформе (платформе сообщества). Точно так же центр первичной медико-санитарной помощи является каналом доставки для указанной платформы (платформы здравоохранения). Существует три основные платформы для предоставления вмешательств: население, сообщество и здравоохранение. В Disease Control Priorities, 3rd edition вмешательства в секторе здравоохранения были сгруппированы по пяти платформам (на уровне населения, на уровне общины, медицинский центр, больница первого уровня и специализированная больница). Shidhaye R., Lund C., Chisholm D. Health Care Platform Interventions. In: Patel V, Chisholm D., Dua T., Laxminarayan R., Medina-Mora ME, editors. Mental, Neurological, and Substance Use Disorders: Disease Control Priorities, Third Edition (Volume 4). Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank; 2016 Mar 14. Chapter 11. PMID: 27227238.

61 World Health Organization & United Nations Children's Fund (UNICEF). (2020). Operational framework for primary health care: transforming vision into action. World Health Organization https://www.who.int/publications/i/item/9789240017832.

окружающая среда, информационные системы и другие технологии в области здравоохранения), которые используются для содействия внедрению выбранной модели оказания помощи.

Иными словами, модель оказания помощи – это эволюционирующее представление о том, каким образом должны предоставляться услуги и какими должны быть ответные изменения в процессах предоставления услуг. В странах мира модели организации первичной помощи различаются из-за того, что их эволюция проходила в разных условиях: по-разному формировались национальные системы здравоохранения, отличались социальные, экономические и культурные обстоятельства.

Например, согласно одной из классификаций, ориентация различных моделей систем здравоохранения разделяются в том числе на такие модели как: рыночная ориентация (США), социальное страхование (Германия, Япония) и социал-демократическая модель (Великобритания). Организация первичной помощи в таких моделях будет различаться. В большинстве стран учреждения первичной помощи являются предпочтительным шлюзом и фильтруют специализированную помощь от врачей общей практики (ВОП). В других странах существует многопрофильный подход. Отметим, что для большинства систем первичной помощи базовым элементом была и остается практика семейной медицины. ЕРБ ВОЗ подготовило очень важный для развития первичной помощи документ – структуру профессионального и административного развития семейной медицины в Европе[62]. В нем представлены базовые характеристики семейной медицины, которые составляют основу современных систем первичной помощи и которые надо учитывать при разработке или реорганизации национальных моделей. Следует отметить, что этим документом понятия «общая практика» (general practice) и «семейная медицина» (family practice) признаны эквивалентными. Обобщенное понятие означает медицинскую специальность, которая обеспечивает всестороннюю и непрерывную медико-санитарную помощь отдельным людям в контексте семьи и сообщества. Сфера ее охвата распространяется на все возрастные группы и представителей обоих полов. К поставщикам услуг часто относятся врачи общей практики или семейные врачи, помощники врачей, семейные медсестры и другие специалисты в области здравоохранения.

Несмотря на вышеуказанный документ, понятие «врач общей практики» (GP) несколько различается в разных странах. В частности, разница образуется из-за процесса медицинского обучения и лицензирования, который отличается в странах. Например, если в Европе и ряде других регионов GP – это врач, практикующий в области первичной помощи и завершивший подготовку, то в США к этому понятию ближе **«врач первичной помощи» (Primary Care Physician). А термин GP в США** обычно относится к врачу, который окончил медицинскую школу и прошел 1 год ординатуры (из 3+) для получения медицинской лицензии, но не окончил ее или не получил сертификат совета по специальности (т. е. своего рода имеет незавершенное образование). Такие врачи общей практики (GP) обычно практикуют в сфере первичной помощи, но важно отметить, что все-таки в США большинство сертифицированных врачей первичной помощи (**Primary Care Physician)** фактически сертифицированы по такой специальности, как семейная медицина (Family Medicine) или внутренняя медицина (Internal Medicine)[63],[64]. Кроме того, по крайней мере в США большинство клинических практик предпочитают нанимать сертифицированных врачей с 5-10 годами солидного клинического опыта, хотя сертифицированные врачи уже имеют более 2 лет стажировки и доказали свою способность пройти специальную сертификацию.

В ОМ ПМСП, в разделе «Модель оказания помощи», описываются характеристики моделей, способствующих развитию высококачественной, ориентированной на человека первичной помощи и ключевых функций общественного здравоохранения в качестве основы комплексного медико-санитарного обслуживания на протяжении всей жизни человека.

Предоставление комплексных медико-санитарных услуг (Integrated health services) в ОМ ПМСП понимается как управление медико-санитарными службами и предоставление медико-санитарных услуг людям в рамках континуума помощи по укреплению здоровья, профилактике заболеваний, диагностике, лечению, ведению заболеваний, реабилитации и паллиативной помощи

---

62 World Health Organization. Regional Office for Europe. (1998). Framework for professional and administrative development of general practice/family medicine in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. https://apps.who.int/iris/handle/10665/108066.

63 https://medicalsciences.stackexchange.com/questions/16113/what-exactly-does-general-practitioner-mean#16117.

64 https://en.wikipedia.org/wiki/General_practitioner

на различных уровнях, в ходе различных мероприятий и в различных структурах оказания помощи в системе здравоохранения.

Чтобы описать сложность и координацию компонентов первичной помощи в каждой стране, мы касаемся таких характеристик, как всеобщность; доступность, комплексность и координация; непрерывность и продолжительность.

Мониторинг показателей работы и системы оценки ПМСП

Различные модели оказания помощи могут сосуществовать в одной системе здравоохранения и использоваться для выполнения разнообразных задач в ее рамках. Успешные модели оказания помощи видоизменяются под влиянием непрерывного мониторинга показателей работы, изменения состава населения, потребностей в области здоровья и условий здравоохранения с целью предоставления всем людям необходимой и своевременной помощи в нужном месте силами правильно подобранной команды.

За рубежом существует практика строгой оценки состояния первичной помощи и ее сравнения с другими странами на основе набора формальных критериев и показателей, таких как:

- характеристики ресурсного обеспечения (объем финансирования, кадровое обеспечение);
- физическая и финансовая доступность первичной помощи;
- степень профилактической направленностипервичной помощи;
- уровень управления системой.

Результирующей характеристикой является влияние первичной помощи на развитие системы здравоохранения в целом. Обычно используются показатели объема стационарной помощи, скорой медицинской помощи и степень удовлетворенности населения доступностью и качеством первичной помощи.

Утвердилось понимание того, что характеристикой сильных систем ПМСП является комплексность медицинской помощи, оказываемой врачами первичного звена, то есть их способность оказывать широкий спектр медицинских услуг при разных заболеваниях без вмешательства узких специалистов и стационара. Характеристикой сильной системы считается также наличие постоянно обслуживаемого «листа пациентов» (patient list) или врачебного участка. Существуют эмпирические свидетельства того, что постоянство контакта с пациентом, достигаемое использованием участкового принципа организации помощи, улучшает показатели здоровья наблюдаемого населения. Кроме того, важной характеристикой является особая роль врача первого контакта в определении маршрутов движения пациентов в системе здравоохранения в целом. Если действует порядок обязательного направления пациентов таким врачом к специалистам, то создаются реальные условия для рациональной организации специализированной помощи и обеспечения преемственности лечения. При такой системе врач первичного звена выступает в роли привратника (gatekeeper) и получает возможность координировать ход лечения на всех этапах[65].

Принципы построения моделей оказания помощи

Существуют некоторые принципы построения моделей оказания ПМСП, применимые к любым условиям.

Координация первичной помощи с общественным здравоохранением

Модели оказания помощи должны способствовать развитию комплексных медико-санитарных услуг, обеспечивая стратегическую приоритетность функций общественного здравоохранения и первичной помощи, а также их надлежащую координацию. Приведем доводы, которые описаны в техническом документе ВОЗ Primary health care: closing the gap between public health and primary care through integration[66].

---

65 Шейман И. М., Шевский В. И., Сажина С. В. Приоритет первичной медико-санитарной помощи – декларация или реальность? Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание] 2019; 65(1). URL: http://vestnik.mednet.ru/content/view/1043/30/lang,ru/. DOI: https://dx.doi.org/10.21045/2071-5021-2019-65-1-3.

66 Primary health care: closing the gap between public health and primary care through integration. WHO 2019/ https://www.who.int/publications/i/item/primary-health-care-closing-the-gap-between-public-health-and-primary-care-through-integration.

Первичная помощь

В мире собирается все больше доказательств, что первичная помощь связана с расширенным доступом к медицинским услугам, лучшими результатами для здоровья и сокращением госпитализаций и посещений отделений неотложной помощи. Первичная помощь также может помочь противодействовать негативному влиянию плохих экономических условий на здоровье.

Традиционная первичная помощь сосредоточена на персональных медицинских услугах и непрерывности медицинской помощи. «Модель болезни» 1970-х годов, лежащая в основе систем здравоохранения, до сих пор широко распространена во многих странах, быстро меняется, а также технологические достижения стимулируют трансформацию первичной помощи. Демографические и эпидемиологические сдвиги (старение, рост населения, частоты ХНИЗ и мультиморбидности) требуют, чтобы первичная помощь была сосредоточена на профилактике и повышении качества жизни, а также поощряла упреждающий популяционный подход, нацеленный на отдельных лиц и группы, на которые больше всего влияют структурные детерминанты здоровья. Чтобы сделать это эффективно, требуется связь с общественным здравоохранением[67]. Проактивная первичная помощь означает, что необходимо внести радикальные изменения в текущую модель обслуживания, которые включают интеграцию основных функций и вмешательств общественного здравоохранения в службы первичной помощи. В своем определении **первичной помощи** Барбара Старфилд указала на необходимость перехода к модели здравоохранения, которая обеспечивает «первый уровень контакта с системой здравоохранения для укрепления здоровья, предотвращения болезней, лечения распространенных заболеваний и решения текущих проблем со здоровьем»[68, 69]. При таком комплексном и целостном подходе более 95 % контактов пациентов со службой здравоохранения будет происходить в рамках первичной помощи[70]. Таким образом, утверждается, что первичная помощь является основой любой эффективной системы здравоохранения, направленной на улучшение здоровья населения.

В условиях, когда первичная помощь была эффективно развернута и обеспечена адекватным обучением и ресурсами, семейные врачи направляют только около 5 % пациентов после консультаций на вторичную помощь[71, 72, 73]. Удовлетворенность пациентов высока и требует явно низких затрат для системы здравоохранения[74, 75, 76]. Фактические данные говорят о том, что: система здравоохранения, не находящаяся под руководством первичной помощи, является слабой и дорогостоящей системой, в то время как в странах, более ориентированных на первичную, есть группы населения с лучшим здоровьем и услугами, которые предоставляются по более низкой цене[77, 78, 79].

---

67 Transforming primary care. Safe, proactive, personalised care for those who need it most. London: Department of Health; 2014 https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/304139/Transforming_primary_care.pdf.

68 Там же.

69 Starfield B., Shi L., Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Quarterly, 2005;83:457–502. doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x.

70 Royal College of General Practice. Discover general practice. December 2017. http:// www.rcgp.org.uk/training-exams/discover-general-practice.aspx.

71 National Audit Office. Patient choice at the point of GP referral. London: The Stationery Office; 2005 https://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2005/01/0405180.pdf.

72 Foot C., Naylor C., Imison C. The quality of GP diagnosis and referral. London: King’s Fund; 2010.

73 Roland M., Everington S. Tackling the crisis in general practice: if general practice fails, the whole NHS fails. BMJ. 2016;352:i942. doi: https://doi.org/10.1136/bmj. i942.

74 Shi L. The impact of primary care: a focused review. Scientifica (Cairo). 2012;2012:43289. doi: 10.6064/2012/432892.

75 Starfield B. Refocusing the system. N Engl J Med. 2008;359:2087–91. doi: 10.1056/ NEJMp0805763.

76 Rawaf S. Medico de familia na saude publica (Family physicians and public health). In: Gusso G, Lopes JMC, editors. Tratado de medicina de familia e communidade: principios, formaco et practica (Treatise on family and community medicine: principles, training and practice). Porto Alegre: Artmed Editora Ltda; 2012. Volume 1:19–27.

77 Shi L. The impact of primary care: a focused review. Scientifica (Cairo). 2012;2012:43289. doi: 10.6064/2012/432892.

78 Rawaf S. Health in Wandsworth. The independent annual report of the director of public health. London: WPCT; 2004.

79 National Institute for Health and Care Excellence. Four commonly used methods to increase physical activity. NICE; last updated March 2015. https://www.nice.org.uk/ guidance/PH2.

Преобразование первичной помощи в упреждающую роль в укреплении здоровья и профилактике заболеваний в дополнение к диагностике, лечению и уходу является следующим логическим шагом в ее развитии. Первичная помощь, особенно если она оказывается с четким указанием ответственности за население, является строительным блоком общественного здравоохранения и подходящим местом для местных мероприятий общественного здравоохранения.

Общественное здравоохранение

Общественное здравоохранение (public health), которое в некоторых странах описывается как медицина общественного здравоохранения (public health medicine) или общинная медицина (community medicine), представляет собой междисциплинарную специальность, определяемую как «наука и искусство предотвращения болезней, продления жизни и укрепления здоровья с помощью организованных усилий общества»[80].

Многогранные функции общественного здравоохранения предоставляют необходимые инструменты для улучшения здоровья посредством укрепления здоровья, защиты и профилактики заболеваний на уровне населения и отдельных лиц. Однако не все функции общественного здравоохранения могут быть выполнены на уровне первичной помощи. В Европейском регионе ВОЗ выделяют пять основных **оперативных функций общественного здравоохранения**:

- эпиднадзор (Surveillance);
- мониторинг готовности к реагированию (Monitoring preparedness for response);
- охрана здоровья (Health protection);
- укрепление здоровья (Health promotion);
- профилактика заболеваний (Disease prevention).

Первичная помощь обладает огромным потенциалом для того, чтобы играть более активную роль в решении некоторых из этих важнейших оперативных функций общественного здравоохранения, особенно в укреплении здоровья и профилактике заболеваний. В руководстве по общественному здравоохранению Национального института здравоохранения и повышению качества обслуживания Соединенного Королевства (United Kingdom's National Institute for Health and Care Excellence) специалистам первичной помощи, таким как семейные врачи, рекомендуется оппортунистически и проактивно проводить такие мероприятия, как короткие интервенции для выявления, сокращения и предотвращения проблемного употребления, злоупотребления и зависимости от алкоголя, табака и других незаконных наркотических веществ среди прочего[81, 82, 83, 84, 85]. Однако в случае курения, например, специалисты первичной помощи обычно отвечают только на просьбы о помощи в отказе от курения, а не активно взаимодействуют с существующими курильщиками. Такие реактивные подходы к здоровью должны стать более активными[86, 87]. Объем доказательств преимуществ укрепления здоровья в рамках первичной помощи растет, и

---

80 Acheson D. Public health in England. Report of the Committee of Inquiry into the future development of the public health function. London: HMSO; 1988.

81 Rawaf S. Health in Wandsworth. The independent annual report of the director of public health. London: WPCT; 2004.

82 National Institute for Health and Care Excellence. Four commonly used methods to increase physical activity. NICE; last updated March 2015. https://www.nice.org.uk/ guidance/PH2.

83 National Institute for Health and Care Excellence. Obesity prevention. NICE; last updated March 2015 https://www.nice.org.uk/guidance/CG43.

84 National Institute for Health and Care Excellence. Lipid modification: Cardiovascular risk assessment and the modification of blood lipids for the primary and secondary prevention of cardiovascular disease. NICE; May 2008. https://www.nice.org.uk/ guidance/CG67.

85 National Institute for Health and Care Excellence. Reducing differences in the uptake of immunisations (including targeted vaccines) among children and young people aged under 19 years. NICE; 2009. (https://www.nice.org.uk/guidance/ph21).

86 Boyce T., Peckham S., Hann A., Trenholm S. A proactive approach: health promotion and ill-health prevention. London: King's Fund; 2010.

87 National Institute for Health and Care Excellence. Smoking cessation services in primary care, pharmacies, local authorities and workplaces, particularly for manual working groups, pregnant women and hard to reach communities. NICE; 2008. https://www.nice.org.uk/guidance/ph10/documents/smoking-cessation-services-inprimary-care-pharmacies-local-authorities-and-workplaces-particularly-for-manualworking-groups-pregnant-women-and-hard-to-reach-communities-review-proposalconsultation2.

специалисты первичной помощи, общественного здравоохранения и ученые совместно работают над расширением базы фактических данных с особым интересом к окупаемости инвестиций.

Общественное здравоохранение и первичная помощь – значение интеграции

Система здравоохранения частично является продуктом культуры страны и того, как люди готовы финансировать ее для обеспечения справедливости. Не существует идеальной системы здравоохранения, у каждой есть свои сильные и слабые стороны[88]. Однако наиболее эффективными являются системы, способные обеспечить здоровье всего населения[89]. Этого невозможно достичь без ВОУЗ, достигаемого за счет эффективной комплексной первичной помощи, уделяющей внимание не только болезням, но и здоровью и способам его улучшения. Следовательно, в рамках первичной помощи требуется сильная проактивная функция общественного здравоохранения для защиты здоровья населения и отдельных лиц, укрепления здоровья и предотвращения болезней.

Проактивная первичная помощь спасает жизни, снижает бремя болезней и улучшает качество жизни. Это также важное средство повышения производительности и обеспечения бесперебойного обслуживания[90].

В ролях, обязанностях и функциях общественного здравоохранения и первичной помощи наблюдается значительное совпадение, особенно в области охраны и укрепления здоровья, а также профилактики заболеваний и травм[91].

Возможны многочисленные **сценарии интеграции**. Один из них предусматривает полную интеграцию, при которой за структуры, процессы и оказание помощи как в области общественного здравоохранения, так и в сфере первичной помощи отвечает **одна и та же организация**. Второй основан на **двух отдельных организационных структурах**, где профессионалы работают вместе и разделяют одни и те же цели и задачи. Третий считает, что интеграция поддерживается **непрерывностью информационных и коммуникационных каналов**, поддерживаемых обычными механизмами координации (совместное размещение или запланированные встречи с четким разграничением ролей и обязанностей). В любом случае необходимо учитывать тот факт, что первичная помощь и услуги общественного здравоохранения пользуются большим спросом и не имеют достаточных ресурсов.

Следовательно, механизмы интеграции должны стремиться к взаимной выгоде и повышению эффективности, а также к возможностям увеличения имеющихся ресурсов для взаимной выгоды (например, изыскивать грантовое финансирование для совместных проектов, которые особенно эффективны)[92]. Однако данные показывают, что и первичная помощь, и общественное здравоохранение улучшились бы, если бы их соответствующие сильные стороны были усилены посредством партнерства и интеграции[93].

Настоящая проблема для любой системы здравоохранения состоит в том, как укрепить взаимосвязь между общественным здравоохранением и первичной помощью, чтобы синергетически усилить обе функции.

Такие страны, как Бразилия, Канада и Великобритания, являются примерами прочных взаимоотношений между этими двумя специальностями. Общественное здравоохранение достигает этого за счет оценки потребностей в области здравоохранения, определения приоритетов, предоставления доказательств эффективности, разработки стратегий вмешательства в масштабах всего населения в целях укрепления здоровья, защиты здоровья, предотвращения болезней и травм

---

88 Rawaf S. Medico de familia na saude publica (Family physicians and public health). In: Gusso G, Lopes JMC, editors. Tratado de medicina de familia e communidade: principios, formaco et practica (Treatise on family and community medicine: principles, training and practice). Porto Alegre: Artmed Editora Ltda; 2012. Volume 1:19–27.

89 Wanless D. Securing good health for the whole population. Final report. London: HMSO; 2004. https://www.southampton.gov.uk/moderngov/documents/s19272/prevention-appx%201%20wanless%20summary.pdf.

90 Baker R., Honeyford K., Levene L. S., Mainous A. G., Jones D. R., Bankart M. J. et al. Population characteristics, mechanisms of primary care and premature mortality in England: a cross-sectional study. BMJ Open. 2016;6:e009981. doi:10.1136/bmjopen-2015-009981.

91 Primary care: Now more than ever. World Health Report 2008. Geneva: World Health Organization; 2008 https://www.who.int/whr/2008/en/.

92 Rawaf S. A proactive general practice: integrating public health into primary care. London J Prim Care (Abingdon). 2018;10:17–8. doi: 10.1080/17571472.2018.1445946.

93 Wang W., Shi L., Yin A., Mao Z., Maitland E., Nicholas S. et al. Contribution of primary care to health: an individual level analysis from Tibet, China. Int J Equity Health. 2015;4:107. doi: 10.1186/s12939-015-0255-y.

и оценки воздействия на здоровье. Первичная помощь сосредоточена на заботе о личности и семье, взаимодействующей с человеком целостным образом[94].

Посредством такого индивидуального и непрерывного ухода первичная помощь может реализовать стратегии общественного здравоохранения, направленные на здоровый образ жизни (например, отказ от курения, рекомендации по питанию, контроль веса, активный образ жизни и контроль стресса), раннее распознавание болезни (например, систематический и оппортунистический скрининг), раннее вмешательство для борьбы с факторами риска (например, гипертония, гиперлипидемия и курение) и охрана здоровья (например, иммунизация, включая вакцину против гриппа и уведомления об инфекционных заболеваниях). В условиях снижения частоты инфекционных заболеваний и увеличения числа заболеваний и состояний, связанных с образом жизни, интеграция общественного здравоохранения и первичной помощи имеет жизненно важное значение для снижения бремени хронических состояний (неинфекционных заболеваний) на сообщества, снижения затрат для системы здравоохранения и повышения справедливости в отношении здоровья[95].

Во многих условиях бригады первичной помощи вышли за рамки работы на индивидуальном уровне, чтобы оценить и устранить структурные детерминанты заболевания на уровне местного населения, например, жилье, транспорт и наличие фруктов и овощей.

Первичная помощь содержит обширную информацию о состоянии здоровья местного сообщества, и специалисты часто глубоко понимают местные социальные проблемы, которые вызывают болезнь.

По упреждающему анализу ведущих причин плохого состояния здоровья на популяционном уровне ведения практики первичная медицинская помощь способна генерировать уникальные идеи в области общественного здравоохранения.

Модели координации общественного здравоохранения и первичной помощи

Данные, собранные для Глобальной конференции по первичной медико-санитарной помощи, свидетельствуют о **пяти стратегиях оказания первичной помощи** и оперативных изменениях, необходимых **для координации** мероприятий в области здравоохранения в деятельность по оказанию первичной помощи:

- направление действий и ресурсов по улучшению здоровья в наиболее неблагополучные районы;
- наращивание потенциала первичной помощи для обеспечения услуг по укреплению здоровья и профилактической помощи;
- работа, выходящая за рамки базовых, основных и ограниченных пакетов услуг (термины, не относящиеся к современной практике «семейной медицины) и охватывающая весь спектр услуг, необходимых для первого контакта с системой здравоохранения;
- предоставление своевременных вмешательств для предотвращения эскалации потребностей в медицинской помощи;
- применение более широкого подхода, с тем чтобы забота об отдельных лицах осуществлялась в контексте демографических результатов (например, равенства и социальной сплоченности).

В литературе представлено несколько возможных моделей интеграции общественного здравоохранения в первичную помощь в рамках пяти стратегических направлений, упомянутых выше. В обзоре, подготовленном для Глобальной конференции по первичной медико-санитарной помощи, определены **шесть моделей интеграции функций общественного здравоохранения и первичной помощи[96]**:

• интеграция работников здравоохранения в систему оказания первичной помощи (Исламская Республика Иран, Бразилия, Южная Африка, США);

---

94 Amati F., McDonald A., Majeed A., Dubois E., Rawaf S. Implementation and evaluation of patient-centred care in experimental studies from 2000–2010: systematic review. Int J Person Centred Med. 2011;1. doi: 10.5750/ijpcm.v1i2.47.

95 Ruano A., Furler J., Shi L. Interventions in primary care and their contributions to improving equity in health. Int J Equity Health. 2015;14:151. doi: 10.1186/s12939- 015-0284-6.

96 WHO, UNICEF. Technical Series on Primary Health Care. Primary health care: closing the gap between public health and primary care through integration. Geneva: World Health Organization; 2018 (https://apps.who.int/iris/handle/10665/326458).

• совместная работа служб общественного здравоохранения и поставщиков первичной помощи (США, Австралия, Канада, Нидерланды);

• всесторонние и ориентированные на профилактику социальные пакеты, которые включают в себя услуги в области общественного здравоохранения (США, некоторые страны Европы, страны с низким уровнем дохода);

• услуги первичной помощи в учреждениях общественного здравоохранения (США);

• создание стимулов для общественного здравоохранения в сфере первичной помощи (Великобритания, Эстония);

• многопрофильная подготовка в сфере общественного здравоохранения персонала первичной помощи.

Эти модели основаны на способности адаптироваться к системам здравоохранения для достижения наилучших результатов за счет интеграции и могут быть реализованы по отдельности или в комбинации. Некоторые страны приняли разные модели сотрудничества для решения конкретных проблем со здоровьем в качестве простейшего подхода к объединению двух служб без организационных изменений. Например, в Австралии и Канаде две службы сотрудничают, чтобы заниматься профилактикой хронических заболеваний[97, 98]. В Нидерландах сотрудничество между общественным здравоохранением и первичной медико-санитарной помощью продемонстрировало успех в профилактике сердечно-сосудистых заболеваний[99].

Проактивный подход к первичной медико-санитарной помощи играет решающую роль в пропаганде здорового образа жизни при каждом контакте с населением. Специалисты первичной медико-санитарной помощи должны учитывать каждый контакт, чтобы сделать здоровый образ жизни приоритетом. Врачи и медсестры первичного звена должны пройти подготовку в области общественного здравоохранения, чтобы принимать активное участие в укреплении здоровья и благополучия. Переход к профилактике может изменить форму рабочей силы, поскольку больше людей будут предоставлять услуги раннего вмешательства и общественного здравоохранения, а не вмешательства при острых заболеваниях. Шесть описанных моделей предоставляют хорошие возможности для радикального изменения услуг здравоохранения для предоставления действительно комплексных услуг, которые могут помочь в достижении всеобщего охвата услугами здравоохранения и осуществить мечту Алма-Атинской декларации, провозглашенной 40 лет назад: здоровье для всех. Интеграция позволит сократить разрыв между первичной помощью и общественным здравоохранением и приблизиться к этой цели.

Доступность служб ПМСП

Исследования[100] показали, что затрудненный доступ к первичной медико-санитарной помощи связан не только с географическим аспектом, но и с отсутствием услуг, учитывающих организационные, экономические, социальные, культурные, религиозные, эпидемиологические и коммуникационные аспекты.

В некоторых местах определенные группы населения, такие как поселенцы, *киломболы*, иммигранты и другие, имеют собственные стратегии здравоохранения.

Например, поселенцы в Бразилии считают важными для здоровья свободный труд и независимость. Они сталкиваются с большими трудностями в доступе к качественным базовым услугам общественного здравоохранения, в т. ч. с необходимостью ездить за необходимой медицинской помощью в соседние города. В связи с этим лекарственные растения используются в качестве альтернативы лечению. При этом целители представляют все уровни системы здравоохранения.

Другие уязвимые группы населения, нуждающиеся в государственной поддержке, имеют затрудненный доступ к услугам здравоохранения. У них есть проблемы с доступом к основным

---

97 National Public Health Partnership in Australia. Preventing chronic disease: a strategic framework. Background paper. Victoria, Australia: National Public Health Partnership Secretariat; 2001. 16.

98 Hutchison B., Abelson J., Lavis J. Primary care in Canada: so much innovation, so little change. Health Affairs (Millwood). 2001;20:116–31.

99 Van Ree J. The role of primary care in public health. In: Jones R, Britten N, Culpepper L, Gass D, Grol R, Mant D, et al., editors. Oxford textbook of primary medical care. Vol. I. New York: Oxford University Press; 2004:43–50.

100 Figueira, Maura Cristiane e Silva, Silva, Wellington Pereira da and Silva, Eliete MariaIntegrative literature review: access to primary healthcare services. Revista Brasileira de Enfermagem [online]. 2018, v. 71, n. 3 [Accessed 6 August 2021], pp. 1178-1188. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0441>. ISSN 1984-0446. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0441.

государственным услугам, а когда они доступны, они сталкиваются с низким качеством обслуживания. Однако социальные сети, члены семьи, сообщества, а также традиционные и альтернативные привычки используются в нескольких ситуациях для удовлетворения или смягчения медицинских потребностей.

Например, в США зарегистрированные иммигранты, как правило, по крайней мере один раз посещают врача. Не имеющие документов иммигранты, на которых не распространяется действие Закона о защите пациентов и доступном медицинском обслуживании, не имеют доступа к медицинскому обслуживанию[101].

В рамках первичной медико-санитарной помощи также рассматриваются и подчеркиваются **вопросы укрепления кадров здравоохранения и подготовки специалистов**, которые имеют важное значение сегодня во всем мире, а также осведомленность специалистов с точки зрения уважения и надлежащего включения альтернативных, традиционных, интегративных и дополнительных методов.

На уровне предоставления индивидуальных медико-санитарных услуг системы здравоохранения необходимо переориентировать таким образом, чтобы **повысить доступность служб, находящихся ближе к месту проживания людей** (например, помощь на дому и на уровне сообщества, первичная помощь в учреждениях долгосрочного ухода, послеоперационные палаты для реабилитации в местных больницах, специализированные отделения неотложной помощи в поликлиниках и больницах первичного уровня), принимая во внимание конкретные обстоятельства (например, условия жизни, наличие общественного транспорта, аварийно-спасательного транспорта и догоспитальной помощи), предпочтения людей и экономическую эффективность. Кроме того, в рамках этих моделей необходимо обеспечить, чтобы звено **первичной помощи** было как первой, так и обычной контактной инстанцией, находящейся **в центре системы здравоохранения**, с налаженными связями со всеми другими платформами оказания помощи посредством функционирующих систем направления к врачам-специалистам и обратного направления пациентов.

При такой переориентации в рамках модели оказания помощи могут быть предусмотрены структуры или функции для направления пациентов в наиболее подходящее место для оказания помощи в данной ситуации.

Диспетчерские полномочия могут быть возложены на поставщиков первичной помощи с целью закрепления за ними функции первой контактной инстанции для большинства состояний, которая отвечает за предоставление услуг первичной помощи, а также за координацию помощи и перенаправление в другие службы и учреждения.

Кроме того, может быть предусмотрена возможность оказания первичной помощи в нерабочее время в случае возникновения экстренных или острых неотложных состояний, при которых можно либо обеспечить безопасное оказание первичной помощи, либо направить пациента на другие платформы оказания услуг, что требует создания в поликлиниках и/или больницах первого уровня специальных отделений экстренной медицинской помощи для обеспечения своевременного реагирования на неотложные медицинские потребности.

Необходимо также учитывать роль стационарных медицинских учреждений. Значительная часть медицинских кадров, технологий и финансовых ресурсов страны сосредоточена в больницах; они отвечают за подготовку многих специалистов в области здравоохранения и обладают политической, экономической и социальной властью, способной содействовать или препятствовать преобразованию системы. Для содействия развитию подхода, ориентированного на ПМСП, необходимо отойти от традиционного определения больниц как физических зданий (ограниченных стенами и койками) и вместо этого рассматривать их как гибкие организации, которые аккумулируют дефицитные ресурсы и выступают в качестве общественного блага. Следует отказаться от изолированности больниц как учреждений, которые несут ответственность только за отдельных пациентов, нуждающихся в высокоспециализированной неотложной помощи, и вместо этого объединить их усилия с другими структурами оказания помощи в интересах охраны здоровья населения. Больницам следует также расширять сферу своей деятельности, не только охватывая ею неотложные, острые состояния, но и распространяя ее на более широкие и в конечном счете более эффективные маршруты оказания комплексной помощи.

---

101 Vargas Bustamante A., Fang H., Garza J., Carter-Pokras O., Wallace S. P., Rizzo J. A., Ortega A. N. Variations in healthcare access and utilization among Mexican immigrants: the role of documentation status. J Immigr Minor Health. 2012 Feb;14(1):146-55. doi: 10.1007/s10903-010-9406-9. PMID: 20972853; PMCID: PMC3256312.

Модели ПМСП, ориентированные на человека, создание многопрофильных команд

В ОМ ПМСП кроме рекомендации по поводу того, как строить модели комплексной первичной медико-санитарной помощи, чтобы они были доступны (предыдущий раздел), есть указания о том, как сориентировать их на человека, также приводятся факторы, которые способствуют организации успешных систем ПМСП. Приведем эту информацию ниже.

Модели оказания помощи должны способствовать предоставлению **непрерывной, всесторонней, скоординированной персонализированной и ориентированной на человека помощи**, а не сосредотачиваться на конкретных заболеваниях (особенно с учетом растущего признания важности решения проблемы мультиморбидности). Наконец, в моделях оказания помощи следует признавать решающую роль ПМСП в преодолении как существующих, так и возникающих проблем в области здравоохранения (включая перераспределение бремени болезней, с которым многие страны сталкиваются по мере того, как инфекционные болезни лучше поддаются контролю, а неинфекционные заболевания становятся все более распространенными).

Важным стратегическим фактором обеспечения ориентированности моделей оказания помощи на ПМСП является наличие **многопрофильных команд**. Для таких команд не существует единой модели, но они, как правило, сочетают в своем составе работников с различными навыками и специализацией, например, общинных работников здравоохранения, медсестер, семейных врачей, фармацевтов, диетологов, социальных работников, лиц, практикующих традиционную медицину, и сотрудников управленческого/административного звена, с тем чтобы иметь возможность в полной мере удовлетворять потребности тех, кого они обслуживают. Налаживание связей между общинными работниками здравоохранения и персоналом медицинских учреждений особенно важно как для повышения качества помощи, предоставляемой первыми, так и в связи с тем, что они могут играть жизненно важную роль в установлении связей между сообществами и медицинскими учреждениями и оказании услуг на уровне всего населения.

Другая распространенная стратегия заключается в том, чтобы доверить здоровье определенных сообществ **отдельным командам на основе территориально-участкового принципа** организации. Применение этого принципа влечет за собой закрепление отдельных пациентов или групп населения за отдельными поставщиками, командами или учреждениями первичной помощи. Такое закрепление за конкретным поставщиком может быть обязательным или добровольным и может основываться на районном делении или индивидуальном выборе. Территориально-участковый принцип организации стимулирует поставщиков услуг/команды к принятию всеобъемлющего подхода к охране здоровья людей, находящихся под их опекой, что облегчает выполнение функций как государственного здравоохранения, так и первичной помощи.

Ориентированные на ПМСП модели оказания помощи должны **соединить воедино все три компонента ПМСП**. С точки зрения организации предоставления помощи люди и сообщества должны участвовать во всех этапах разработки и организации моделей оказания помощи, а модели оказания помощи должны, в свою очередь, способствовать укреплению и расширению вовлеченности сообществ. С точки зрения пользователей, модели оказания помощи должны также способствовать вовлечению пациентов и управлению ими собственным здоровьем с помощью соответствующих просветительских и вспомогательных мероприятий. Аналогичным образом ориентированные на ПМСП модели оказания помощи должны также открывать возможности для многосекторальных действий на национальном, субнациональном и местном уровнях с целью решения более широких проблем, связанных с детерминантами здоровья[102]. Так, например, интеграция служб здравоохранения и социального обеспечения приобретает все большее значение для удовлетворения потребностей населения.

Факторы, способствующие эффективности модели ПМСП

Важнейшими факторами, способствующими успешному функционированию моделей оказания помощи, являются **управление, подотчетность, финансирование**, направленное на достижение результатов**, организация работы** медицинских и социальных работников, разработка и использование **научно обоснованных** методических пособий и руководств (таких как маршруты оказания помощи, клинические руководства, стандарты и протоколы для медицинских учреждений), **организация и процессы управления** медицинскими учреждениями (такие как

---

102 WHO Regional Office for Europe Integrated care models: an overview (working document).Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2016 http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/322475/Integrated-care-models-overview.pdf.

кураторство, эффективное управление ресурсами и привлечение сообществ), а также исправно работающие **информационные системы**.

При разработке новых моделей оказания помощи, способствующих развитию комплексного медико-санитарного обслуживания, важно также изучить возможности, открывающиеся благодаря появлению **новых технологий**. Применение инноваций в моделях оказания помощи, таких как использование цифровых технологий в сфере здравоохранения, может способствовать постоянному усилению способности системы отвечать на возникающие потребности и повышению эффективности ее работы. Например, если и общинные работники здравоохранения, и персонал медицинских учреждений имеют доступ к электронным медицинским картам пациентов, обновление информации о пациенте может передаваться в режиме реального времени, способствуя тем самым созданию всеобъемлющих моделей оказания помощи, обеспечивающих предоставление всеми работниками здравоохранения взаимодополняющей, более полной информации и повышающих качество помощи.

Организация первичной медико-санитарной помощи в США

Первичная помощь в США

В США нет всеобщего медицинского страхования, есть помощь с частным медицинским страхованием. Здравоохранение является частным и децентрализованным, с независимыми поставщиками и множеством плательщиков. Государство финансирует медицинское страхование только для лиц старше 65 лет (программа Medicare), а также для семей и лиц с низким доходом и ограниченными ресурсами (Medicaid). Программа Medicare полностью поддерживается американцами, так как с трудящихся взимается подоходный налог и по выходе на пенсию они получают необходимую помощь. К тому же растущее население США, особенно в возрасте 65 лет и старше, будет требовать большего количества медицинской помощи. На людей этой возрастной группы сейчас приходится 34 % спроса на врачей; к 2034 году на них будет приходиться 42 % спроса[103]. В свою очередь, Medicaid – это благотворительная программа, и потому существенно меньше поддерживается американцами.

Эпидемиологический переход от инфекционных заболеваний к неинфекционным, а значит, переход от острых патологий к заболеваниям, требующим длительного наблюдения, значительно увеличил бремя расходов на здравоохранение в США. В настоящее время США направляют более 17 % валового внутреннего продукта (ВВП) на здравоохранение, из которых диабет, ишемическая болезнь сердца, боли в пояснице и шее составляют три болезни, на которые израсходовано больше всего средств[104]. С этими тремя заболеваниями, а также с другими хроническими заболеваниями лучше всего бороться с помощью эффективных поставщиков первичной помощи. Этот тезис подтверждает Комитет по обеспечению качественной первичной помощи (Committee on Implementing High-Quality Primary Care) США, который считает, что первичная помощь – единственный компонент здравоохранения, увеличение предложения которого связано с улучшением здоровья населения и более справедливыми результатами.

Тем не менее для США характерна слабая организация услуг первичной помощи, которая предоставляется в рамках трех **специальностей**: семейная медицина (family medicine – для взрослых, включая дородовой/родовой), общая терапия (или внутренняя медицина – Internal Medicine) и общая педиатрия (Pediatrics). Важно обратить внимание, что по определению государственного финансирования **к специальностям первичной помощи также** относятся акушерство и гинекология и психиатрия, но поскольку сфера практики акушерства и психиатрии более сужена по определенным аспектам, их обычно не называют первичной медицинской помощью, даже если финансирование правительства США квалифицирует их как таковые.

Соответственно, основной персонал первичной помощи состоит из таких врачей, как терапевты, семейные врачи и врачи общей практики. **Основная функция этих врачей – направить пациента к медицинской помощи. Кроме того, к персоналу первичного звена относятся**

---

103 Boyle P. Aging patients and doctors drive nation's physician shortage https://www.aamc.org/news-insights/aging-patients-and-doctors-drive-nation-s-physician-shortage.

104 Papanicolas I., Woskie L.R.,, Jha A. K. Health Care Spending in the United States and Other High-Income Countries.JAMA2018; 319:1024-1039 https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2674671.10.1001/jama.2018.1150.29536101.

специалисты здравоохранения, которые не являются врачами, такие как практикующие медсестры (nurse practitioners) и фельдшеры[105]. Практикующие медсестры – это медсестры с повышенным уровнем подготовки, которые имеют лицензию на оказание независимой первичной помощи.

Слабость первичной помощи выражалась в снижении следующих показателей:

- частота посещений частных застрахованных лиц[106];
- доля расходов на здравоохранение в США, выделяемых на первичную помощь (итак небольшая)[107];
- доля медицинских работников в первичной помощи[108].

Это снижение произошло, несмотря на свидетельства того, что первичная помощь была основным источником – по сравнению с другими услугами здравоохранения – увеличения продолжительности жизни в США и лучших и более справедливых результатов в отношении здоровья[109].

То, что за первичную помощь в США никто не хочет платить, является классической проблемой «общего блага». Учитывая фрагментированное финансирование здравоохранения в США, в котором доминируют третьи стороны, ни одно отдельное учреждение не может извлечь достаточную выгоду из своих индивидуальных действий по надзору за первичной помощью, не говоря уже о ее укреплении. Из-за отсутствия политической власти, позволяющей влиять на государственную политику, или экономической власти, способствующей ведению частных переговоров, первичная помощь в США чрезмерно расширена и недофинансирована. Во многом этот недостаток инвестиций в первичную помощь можно объяснить политикой платы услуг Medicare, которая систематически обесценивает услуги, предоставляемые первичной помощью, в пользу более технически сложных услуг, оказываемых специалистами.

Услуги первичного звена и координация с общественным здравоохранением

Специалисты общественного здравоохранения интегрированы в систему первичной помощи. В Соединенных Штатах Америки осуществляется множество инициатив по использованию общинных сетей здравоохранения, в рамках которых государственные медицинские учреждения и организации, предоставляющие первичную медико-санитарную помощь, работают с местными общинами в целях удовлетворения местных потребностей. Эти потребности носят главным образом общественный характер и не связаны с медицинским обслуживанием[110,111].

Назначение врача общественного здравоохранения в практику может быть не лучшим подходом к передаче знаний в области общественного здравоохранения; однако вопросы, важные для практики, поддаются такому вмешательству с потенциальной долгосрочной пользой для общественного здравоохранения, первичной медико-санитарной помощи и населения, которому они служат[112]. Временны´е ограничения снижают способность семейных врачей выполнять рекомендации профилактических служб. Исследование, посвященное изучению способности семейного врача оказывать рекомендованные профилактические услуги группе пациентов в составе 2500 человек, показало, что для оказания профилактических услуг требуется 7,4 часа в день[113].

---

105 Zhang D., Son H., Shen Y. et al. Assessment of Changes in Rural and Urban Primary Care Workforce in the United States From 2009 to 2017. JAMA Netw Open. 2020;3(10):e2022914. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.22914.

106 Hargraves J., Frost A. Trends in primary care visits. Health Care Cost Institute. November 15, 2018. https://healthcostinstitute.org/hcci-research/trends-in-primary-care-visits.

107 Reiff J., Fuglesten Biniek J. Primary care spending in the commercially insured population. Health Care Cost Institute. 2019. https://healthcostinstitute.org/images/pdfs/Academy_Health_Poster_05102019.pdf.

108 Barbey C., Sahni N., Kocher B., Chernew M. E. Physician workforce trends and their implications for spending growth. Health Affairs Blog. July 28, 2017. https://www.healthaffairs.org/do/10.1377/hblog20170728.061252/full/.

109 Starfield B., Shi L., Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Q 2005;83(3):457-502. 10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x.

110 Steiner B. D., Denham A. C., Ashkin E., Newton W. P., Wroth T., Dobson L. A. Community care of North Carolina: Improving care through community health networks. Ann Fam Med. 2008;6:361–7. doi:10.1370/afm.866.

111 Sloane P. D., Bates J., Gadon M., Irmiter C., Donahue K. Effective clinical partnerships between primary care medical practices and public health agencies. Chicago, IL: American Medical Association; 2009.

112 Yarnall K. S. H., Pollak K. I., Ostbye T., Krause K. M., Michener J. Primary care: is there enough time for prevention? Am J Public Health. 2003;93:635–41.

113 Larson K., Levy J., Rome M. G., Matte T. D., Silver L. D., Frieden T. R. Public health detailing: A strategy to improve the delivery of clinical preventive services in New York City. Public Health Rep. 2006;121:228–34. doi: 10.1177/003335490612100302.

Общественные центры здоровья доступны для нуждающихся и незастрахованных групп населения в дополнение к квотам от частных поставщиков. В традиционных планах медицинского страхования посещение врачей первичной помощи доступно за небольшую плату. В основном эти консультации направлены на пациентов с хроническими заболеваниями.

В связи с тем, что первичная помощь США не обеспечивает всеобщего охвата, **услуги первичной помощи оказываются в учреждениях общественного здравоохранения**, и особенно в тех, которые работают в частном секторе. Агентства общественного здравоохранения, такие как Министерство здравоохранения штата Айова, взяли на себя роль поставщика медицинских услуг для некоторых групп социально незащищенных слоев населения[114]. Такая модель имеет тенденцию развиваться за счет возможностей, а не замысла, и учитывает только конкретные потребности конкретных групп, а не всего населения.

В США существует также другая форма интеграции первичного звена и общественного здравоохранения. Часто эти две службы, **оставаясь отдельными организациями, работают над общим видением и согласованными целями** по улучшению здоровья. Специалисты первичной помощи проводят индивидуальные вмешательства в области общественного здравоохранения в дополнение к вмешательствам на уровне населения, проводимым практикующими врачами общественного здравоохранения. Такая совместная работа популярна в Нью-Йорке для улучшения здоровья жителей города, Флориды – для увеличения вакцинации против гриппа, Мичигана – для борьбы с диабетом и Северной Каролины – для улучшения результаты для здоровья матерей и младенцев из малообеспеченных семей – это лишь некоторые примеры. Такие подходы помогают улучшить коммуникацию и свести к минимуму изолированное мышление, но не существенно снижают затраты или объединяют ресурсы, и на них может влиять изменение ролей персонала[115].

Еще одной моделью интеграции первичной помощи и общественного здравоохранения могут служить **комплексные и проактивные пакеты льгот** медицинского страхования США, которые включают общественное здравоохранение.

Система Medicare в США признала, что профилактические вмешательства на уровне личного ухода в рамках первичной медико-санитарной помощи позволяют экономить деньги и приносить дополнительную пользу службам здравоохранения. Medicare предоставляет ряд медицинских (профилактических) услуг в рамках первичной медико-санитарной помощи[116]. Бертон и его коллеги исследовали, повлияет ли добавление профилактических услуг к льготам медицинского обслуживания пожилых участников программы Medicare на использование и стоимость программы Medicare. Оказалось, что польза для здоровья скромная без отрицательного влияния на стоимость. Это вызвало дискуссию о расширении льгот по программе Medicare, включив в нее профилактический визит врачей первичного звена, что привело к переходу от основных услуг к комплексным. Ежегодного профилактического посещения было недостаточно, чтобы привести к статистически значимому сокращению курения и употребления алкоголя; однако профилактические посещения могут принести умеренную пользу, особенно если профилактика проводится более регулярно[117, 118, 119, 120, 121, 122]. Коэн и его коллеги предполагают, что значительные

---

114 Silow-Carroll S. 2008. Iowa's 1st five initiative: improving early childhood developmental services through public-private partnerships. Issue Brief. New York: Commonwealth Fund; 2008.

115 Primary health care: closing the gap between public health and primary care through integration. WHO 2019/ https://www.who.int/publications/i/item/primary-health-care-closing-the-gap-between-public-health-and-primary-care-through-integration.

116 . Staying healthy. Medicare's preventive services. Washington DC: Centers for Medicare and Medicaid Services; 2004.

117 Burton L. C., Paglia M. J., German P., Shapiro S., Damiano A. M., Steinwachs D. et al. The effect among older persons of a general preventive visit on three health behaviors: smoking, excessive alcohol drinking, and sedentary lifestyle. Prev Med. 1995;24:492–7. doi: 10.1006/pmed.1995.1078.

118 Burton L. C., Paglia M. J., German P., Shapiro S., Brant L. J., Richards T. M. et al. Preventive services for the elderly: would coverage affect utilization and costs under Medicare? Am J Public Health. 1995;85:387–91.

119 Scott T. L., Gazmararian J. A., Williams M. V., Baker D. W. Health literacy and preventive health care use among Medicare enrollees in a managed care organization. Med Care. 2002;40:395–404.

120 Cohen J. T., Neumann P. J., Weinstein M. C. Does preventive care save money? Health economics and the presidential candidates. N Engl J Med. 2008;358:661–3. doi: 10.1056/NEJMp0708558.

121 Hrabac B., Ljubic B., Bagaric I. Basic package of health entitlements and solidarity in the Federation of Bosnia and Herzegovina. Croat Med J. 2000;41(3):287–93.

122 Frenk J., González-Pier E., Gómez-Dantés O., Lezana M. A., Knaul F. M. Comprehensive reform to improve health system performance in Mexico. Lancet. 2006;368:1524–34. doi: 10.1016/S0140- 6736(06)69564-0.

ресурсы можно сэкономить за счет профилактики. В настоящее время Medicare предоставляет ряд профилактических услуг общественного здравоохранения в рамках своей программы первичной помощи (около 20 мероприятий общественного здравоохранения). Подобные пакеты, с доплатой или без нее, были введены в некоторых европейских странах и странах с низким и средним уровнем дохода.

Кроме приведенных выше форм в США есть и такая форма интеграции, как **многопрофильная подготовка персонала первичной помощи в области общественного здравоохранения.** Накапливаются данные о ценности вмешательств общественного здравоохранения в первичной, важности оказания помощи, ориентированной на человека[123], важности борьбы с растущим числом хронических состояний и поощрения позитивного и здорового образа жизни среди людей и сообществ[124]. Только некоторые врачи и медсестры первичного звена США проходят подготовку в области общественного здравоохранения, в то время как многие члены бригады первичной помощи уклоняются от оказания эффективных услуг общественного здравоохранения, поскольку им не хватает необходимых навыков.

При том, что поставщики первичной помощи в США имеют хорошие возможности для оказания долгосрочной помощи, наблюдается растущая нехватка этих врачей для удовлетворения текущих и будущих потребностей населения[125]. Также о**тмечаются сложности в поддержании необходимого спроса со стороны семейных и общинных врачей.**

В первую очередь это связано с самими характеристиками системы здравоохранения США, ослабляющими первичную помощь. Политика оплаты поставщикам медицинских услуг, финансируемых государством, таких как Medicare и Medicaid, и рыночные переговоры о лечении, финансируемом из частных источников, наделяют эти части системы политической и экономической властью, в то время как сам сектор первичной помощи не имеет ни того, ни другого. Одним из результатов является то, что бригады первичной помощи предоставляют 55 % амбулаторных услуг, но получают только около 5 % от общих расходов на здравоохранение – цифра, которая продолжает снижаться[126, 127, 128]. Количество посещений врачей первичной помощи сокращается, и кадровые ресурсы первичной помощи сокращаются, поскольку врачи и другие клиницисты предпочитают специализироваться в более прибыльных областях здравоохранения.

Помимо увеличения бремени ХНИЗ, в последние десятилетия в США увеличился разрыв в состоянии здоровья жителей сельских и городских районов. Особенно заметны различия в распространенности ишемической болезни сердца, инсульта и общей смертности. На этот процесс оказывает влияние обеспечение кадрами первичной медико-санитарной помощи, которое является ключевым фактором доступа к врачам первичной помощи[129] и необходимо для улучшения качества помощи и здоровья населения[130]. Однако в США исторически существует неравенство между городом и деревней в доступе к врачам первичной медико-санитарной помощи. Более трети жителей сельских районов США ощущают нехватку квалифицированных медицинских работников, и примерно 82 % сельских округов относятся к регионам, не получающим медицинских услуг в достаточном объеме. Несмотря на усилия со стороны государства и профессиональных организаций по устранению этого неравенства, нехватка врачей первичной помощи в сельских районах США

---

123 Amati F., McDonald A., Majeed A., Dubois E., Rawaf S. Implementation and evaluation of patient-centred care in experimental studies from 2000–2010: systematic review. Int J Person Centred Med. 2011;1. doi: 10.5750/ijpcm.v1i2.47.

124 Ruano A., Furler J., Shi L. Interventions in primary care and their contributions to improving equity in health. Int J Equity Health. 2015;14:151. doi: 10.1186/s12939- 015-0284-6.

125 Friedberg M. W., Hussey P. S., Schneider E. C.. Primary Care: A Critical Review Of The Evidence On Quality And Costs Of Health Care. Health Aff (Millwood). Published online 1 May 2010. https://www.healthaffairs.org/doi/full/10.1377/hlthaff.2010.0025. 10.1377/hlthaff.2010.0025.

126 Martin S., Phillips R. L. Jr., Petterson S., Levin Z., Bazemore A. W. Primary care spending in the United States, 2002–2016. JAMA Internal Medicine. 2020;180(7):1019–1020.

127 PCPCC (Patient-Centered Primary Care Collaborative). Fact sheet: Spending for primary care. Washington, DC: Patient-Centered Primary Care Collaborative; 2018.

128 Reiff J., Brennan N., Fuglesten Biniek J. Primary care spending in the commercially insured population. JAMA. 2019;322(22):2244–2245.

129 Starfield B., Shi L., Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Q. 2005;83 (3):457-502. doi:10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x.

130 Ricketts T. C.Workforce issues in rural areas: a focus on policy equity. *Am J Public Health*. 2005;95(1):42-48. doi:10.2105/AJPH.2004.047597.

сохраняется[131, 132, 133]. Отсутствие достаточного количества сельских врачей является серьезным препятствием, мешающим людям, живущим в сельских и недостаточно обслуживаемых районах, получить доступ к скоординированной и комплексной медико-санитарной помощи, в частности, ослабляет профилактику и лечение распространенных хронических заболеваний.

Важно отметить, что США переживают период расовых волнений и растущего экономического неравенства. Считается, что широко распространенная высококачественная первичная помощь может уменьшить неравенство в сфере здравоохранения[134].

Ответ первичного уровня и общественного здравоохранения на COVID-19

США были плохо подготовлены к борьбе с пандемией. Общественное здравоохранение и первичная медико-санитарная помощь, которые необходимы для борьбы с инфекционными заболеваниями, плохо финансируются и имеют неоднозначную поддержку со стороны правительств и общественности[135, 136].

Не было запасов СИЗ в достаточных количествах для защиты лечащих врачей, медсестер и другого персонала, а врачи первичной медико-санитарной помощи понесли наибольшую смертность среди всех групп врачей. Центры по контролю и профилактике заболеваний, обычный источник лидерства, научного опыта и руководства для правительства в контексте пандемии, отодвигалось на второй план. Поэтому когда Центры по контролю и профилактике заболеваний (CDC) подтвердили несколько случаев коронавируса в Соединенных Штатах (25 февраля 2020 года), даже застрахованным пользователям было трудно получить доступ к первичной помощи из-за ограниченного охвата полисов и высокой доли участия в покрытии расходов, а также государственных ограничений на практику за пределами страны.

Было зарегистрировано сокращение использования услуг первичной помощи в США. Считается, что это в основном связано с тем, что пациенты не обращались за помощью из-за впечатления, что система здравоохранения уже перегружена, из-за предполагаемого повышенного риска заражения COVID-19 в медицинских учреждениях и директив о самоизоляции дома[137].

При этом практикам первичной помощи, которые оплачиваются в основном во время посещения, отказали в федеральных фондах помощи в связи с COVID-19. Поэтому врачи, имеющие собственный бизнес, пострадали больше всего, т. к. и им сложно было продолжать свою деятельность. В связи с быстрым сокращением посещений пациентов, отсутствием или низкой платой за телемедицинские консультации и задержкой выплаты вознаграждения некоторые врачи из США столкнулись с серьезными финансовыми потерями. Некоторым пришлось уволить персонал, некоторые закрыли свои офисы, а некоторые подали заявление о банкротстве[138].

Расширение охвата первичной медико-санитарной помощью произошло только за счет телефонных и видеозвонков между врачами и пожилыми людьми в сельских районах, которые были распространены на всех лиц, застрахованных в рамках программы. Распространению COVID-19 в США способствовали технические проблемы, такие как ограниченное тестирование и низкий

---

131 Там же.

132 MacDowell M., Glasser M., Fitts M., Nielsen K., Hunsaker M. A national view of rural health workforce issues in the USA. Rural Remote Health. 2010;10(3):1531.

133 Rosenblatt R. A., Hart L. G. Physicians and rural America.West J Med. 2000;173(5):348-351. doi:10.1136/ewjm.173.5.348.

134 National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Health and Medicine Division; Board on Health Care Services; Committee on Implementing High-Quality Primary Care; Robinson SK, Meisnere M, Phillips RL Jr., et al., editors. Implementing High-Quality Primary Care: Rebuilding the Foundation of Health Care. Washington (DC): National Academies Press (US); 2021 May 4. 12, A Plan for Implementing High-Quality Primary Care. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK571808/.

135 United States Census Bureau. Health Insurance Coverage in the United States: 2018. 2019; https://www.census.gov/library/publications/2019/demo/p60-267.html.

136 Cutler D. How will COVID-19 affect the health care economy? JAMA 2020; 323(22): 2237–2238. DOI:https://doi.org/10.1001/jama.2020.7308.

137 Huston P., Campbell J., Russell G., Goodyear-Smith F., Phillips R.L., Chris van Weel, Hogg W. COVID-19 and primary care in six countries BJGP Open 2020; 4 (4): bjgpopen20X101128. DOI: 10.3399/bjgpopen20X101128.

138 Westfall J. M., Strange K., DeVoe J. et al. Coronavirus: Family physicians provide telehealth care at risk of bankruptcy. USA Today [online]. 7 Apr 2020; https://www.usatoday.com/story/opinion/2020/04/07/coronavirus-familyphysicians-provide-telehealth-care-risk-bankruptcy-column/2942535001/.

уровень охвата медицинским страхованием[139]. Программы Medicare и Medicaid ввели льготы в области телемедицины (в связи с отменой ограничений на использование услуг телемедицины во время чрезвычайной ситуации в общественном здравоохранении, объявленной президентом Трампом) и тем самым значительно облегчили первичную помощь, но в отличие от других групп поставщиков специально выделенных средств на помощь в связи с COVID-19 в этой области не поступало[140].

В итоге из-за низкой готовности первичной помощи в США, как и во многих странах, возникла серьезная озабоченность по поводу повышенного риска заболеваемости и смертности в результате отсрочки направления к специалистам и плановой первичной помощи. Было подсчитано, что около 75 000 американцев могут умереть от наркотиков или злоупотребления алкоголем и самоубийств, связанных с пандемией COVID-19. Кардиологи сообщили о заметном сокращении числа людей с инфарктом миокарда в США[141]. Зарегистрировано снижение охвата иммунизацией детей, что увеличивает риск новых вспышек болезней, которые можно предотвратить с помощью вакцин[142, 143].

Организация первичной медико-санитарной помощи в Великобритании

Организация первичной помощи в Великобритании

Великобритания имеет всеобщий охват услугами здравоохранения. Первичная помощь в Англии в значительной степени финансируется государством[144]. Каждый житель страны может зарегистрироваться у врача общей практики (независимо от своего иммиграционного статуса), который затем становится их первым контактным лицом по большинству проблем со здоровьем и их воротами к расследованиям и направлениям в специализированные службы. Плата за консультации со специалистами общей практики, такими как врачи общей практики/терапевты (general practitioners/аналог primary care physicians в США), фармацевты и медсестры, не взимается. Некоторые пациенты платят за свои лекарства (9,15 фунта стерлингов за штуку – около 12 долларов США). Однако многие группы пациентов освобождены от этой платы, и только около 10 % рецептов выписывается пациентам, которые обязаны платить.

Хотя частные (оплачиваемые непосредственно пациентом) услуги первичной помощи в последние годы увеличились (в основном через онлайн-провайдеров), использование этих услуг остается низким. Подавляющее большинство населения Англии по-прежнему зарегистрировано в больницах общей практики Национальной службы здравоохранения (National Health Service – NHS), которая является единственным или основным поставщиком первичной помощи в Англии.

Общая практика NHS в значительной степени финансируется за счет подушевых платежей от государства, при этом лишь небольшая часть дохода поступает из других источников, таких как схемы стимулирования качества NHS, программы оплаты за результат и деятельность с оплатой за услуги. Во время турбулентности, вызванной пандемией COVID-19, с радикальными изменениями, внесенными в очень короткий период времени, эта система финансирования обеспечила финансовую стабильность для общей практики.

---

139 Prado Nilia Maria de Brito Lima et al. The international response of primary health care to COVID-19: document analysis in selected countries. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2020, v. 36, n. 12, e00183820. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00183820>. Epub 20 Nov 2020. ISSN 1678-4464. https://doi.org/10.1590/0102-311X00183820.

140 Lucia K., Blumberg L. J., Curran E. et al. The COVID-19 pandemic—insurer insights into challenges, implications, and lessons learned. Urban Institute. June 29, 2020. https://www.urban.org/research/publication/covid-19-pandemic-insurer-insights-challenges-implications-and-lessons-learned.

141 Garcia S., Albaghdadi M. S., Meraj P. M. et al. Reduction in ST-segment elevation cardiac catheterization laboratory activations in the United States during COVID-19 pandemic. J Am Coll Cardiol 2020; 75(22): 2871–. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jacc.2020.04.011.

142 Bramer C. A., Kimmins L. M., Swanson R. et al. Decline in child vaccination coverage during the COVID-19 pandemic - Michigan Care Improvement Registry, May 2016-May 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2020; 69(20): 630–631. DOI: https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6920e1.

143 Kamerow D. COVID-19: Don't forget the impact on US family physicians. BMJ 2020; 368: m1260. DOI: https://doi.org/10.1136/bmj.m1260.

144 Majeed A., Molokhia M. Primary care in the United Kingdom. Journal of Ambulatory Care Management 2008;31(3):198-200.

Великобритания – одна из стран с многолетним опытом стимулирования здоровья. За свою 70-летнюю историю Национальная служба здравоохранения Соединенного Королевства внесла различные изменения и стимулы для укрепления здоровья населения посредством общей врачебной практики, улучшения качества услуг и нацеливания на определенные условия и группы населения[145].

До того как Национальная служба здравоохранения представила Систему качества и результатов, существовал различный опыт использования стимулов для общей практики. Эти стимулы привели к увеличению показателей иммунизации, скринингу шейки матки[146], скринингу на рак груди и многим мероприятиям общественного здравоохранения. В 2004 году Система качества и результатов была введена как часть нового контракта на общие медицинские услуги, который включает схемы стимулирования для общей практики, которые вознаграждают их за то, насколько хорошо они заботятся о пациентах, и предоставляют качественные услуги по продвижению и профилактическому уходу. Индикаторы системы качества и результатов являются целевыми показателями, достижение которых приводит к дополнительным выплатам практик[147, 148, 149, 150, 151, 152].

В Великобритании некоторые семейные врачи проявляют особый интерес к общественному здравоохранению через официальные программы обучения, которые называются «врачи общей практики с особыми интересами»[153]. Такая модель интеграции первичной помощи и общественного здравоохранения является эффективной формой в целях улучшения здоровья населения.

Ответная реакция первичной помощи Великобритании на COVID-19

В Великобритании, несмотря на всеобщий охват услугами здравоохранения, стратегия по пандемическому гриппу была опубликована в 2011 году, а последние обновления – в 2014 году. Хотя в этой стратегии первичная помощь упоминалась только один раз, она отреагировала быстро, с реорганизацией доступа к медицинским учреждениям и реорганизацией медицинских учреждений для адаптации к новым условиям и требованиям. В Великобритании было зарегистрировано большое количество случаев заболевания, что, как предполагается, связано с первоначальным отсутствием широко распространенного тестирования и СИЗ, изменением ответных мер, вызывающим неуверенность в обществе, и существенными региональными различиями, которые предполагают социально-демографические факторы как движущую силу инфекции.

В Соединенном Королевстве система ПМСП кардинально изменилась, появились новые методы работы для клинического и административного персонала. Операционная модель для общей практики в условиях эпидемии включала дистанционную сортировку всех пациентов бригадой здравоохранения с учетом подозреваемых случаев, групп риска и большого количества пациентов. Наиболее важные местные потоки были обсуждены на региональном уровне с Группой ввода в эксплуатацию клинических учреждений (CCG). Таким образом, команда может получить доступ к компьютерным системам общей практики из других мест, облегчить удаленные консультации, управлять данными и информацией о состоянии здоровья. Во время чрезвычайной ситуации в

---

145 Newton N. J., Briggs A. D. M., Murray C. J. L., Dicker D., Foreman K. J., Wang H. et al. Changes in health in England, with analysis by English regions and areas of deprivation, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet. 2015;386:2277–4. doi: 10.1016/ S0140-6736(15)00195-6.

146 Baker D., Middleton E. Cervical screening and health inequality in England in the 1990s. J Epidemiol Community Health. 2003;57:417. doi: 10.1136/jech.57.6.417.

147 Campbell S. M., Reeves D., Kontopantelis E., Sibbald B., Roland M. Effects of pay for performance on the quality of primary care in England. N Engl J Med. 2009;361:368–78. doi:10.1056/ NEJMsa0807651.

148 National Institute for Health and Care Excellence. About the Quality and Outcomes Framework (QOF). NICE; 2011. https://www.nice.org.uk/standards-and-indicators/qofindicators.

149 Roland M., Guthrie B. Quality and Outcomes Framework: what have we learnt? BMJ. 2017;354:i4060. doi:10.1136/bmj.j4681.

150 Marshall M., Roland M. The future of the Quality and Outcomes Framework in England. BMJ. 2017;359:j4681. doi:10.1136/bmj.j4681.

151 Kontopantelis E., Olier I., Planner C., Reeves D., Ashcroft D. M., Gask L. Primary care consultation rates among people with and without severe mental illness: a UK cohort study using the Clinical Practice Research Datalink. BMJ Open. 2015;5:e008650. doi:10.1136/bmjopen-2015-008650.

152 Robson R., Boomla K. Quality and Outcomes Framework could be a unique new national information resource. BMJ. 2017;359:j5502. doi:10.1136/bmj.j5502.

153 Bradley S., McKelvey S. D. General practitioners with a special interest in public health; at last a way to deliver public health in primary care. J Epidemiol Community Health 2005;59:920–923. doi: 10.1136/jech.2005.034405.

области здравоохранения они поддерживали организационные меры, такие как посещения на дому, ограниченные группами риска, необходимыми и/ или дистанционная консультация при поддержке обученных общественных работников и под наблюдением врачей-резидентов[154].

Первичная медико-санитарная помощь в Японии

Организация первичной помощи в Японии

В Японии самый высокий показатель ожидаемой продолжительности жизни при рождении и самый низкий уровень ожирения среди стран ОЭСР. Население старше 65 лет, как ожидается, составит 33,1 % в 2035 году. Согласно прогнозам демографических изменений, которые различаются по регионам, численность городского населения Японии будет стабильной при быстром увеличении доли населения в возрасте старше 75 лет. В сельских районах численность населения в возрасте старше 75 лет будет постепенно увеличиваться, однако численность населения в целом сократится. Поэтому одной из важнейших задач политики Японии является создание экономически активного стареющего общества при помощи отличного здравоохранения[155]. Рождаемость снижается, при этом коэффициент младенческой смертности самый низкий в странах G20. В стране наблюдается рост бремени хронических заболеваний, что побудило ее принять стратегию первичной профилактики под названием Healthy Japan 21 (HJ21) – национальную кампанию в области здравоохранения, направленную на пропаганду здорового образа жизни с помощью диеты и физических упражнений, сокращение курения и потребления алкоголя и улучшение психического здоровья и снижение стресса[156]. В 2015 году руководители здравоохранения опубликовали документ Japan Vision: Health Care 2035[157], в котором объясняется необходимость построения устойчивой системы здравоохранения, которая была бы справедливой и отвечающей потребностям населения.

Система здравоохранения Японии известна своим **всеобщим охватом услугами здравоохранения и бесплатным свободным доступом**.

Medicare была основана в 1961 году и является национальной системой медицинского страхования Японии. Все граждане Японии, включая иностранных граждан, имеющих вид на жительство, по закону должны присоединиться к системе.

В настоящее время существует три основных типа медицинского страхования:

- медицинское страхование сотрудников, охватывающеенаемных работников и членов их семей;

- национальное медицинское страхование (National Health Insurance – NHI), предоставляемое безработным и самозанятым людям муниципальными властями. Существует единый национальный график сборов, который включает ставки сооплаты для пациентов и возмещение поставщикам медицинских услуг за большинство медицинских процедур и продуктов. Ставки сооплаты варьируются от 10 до 30 % в зависимости от возраста пациентов. Пациенты с низкими доходами, которым требуется социальная помощь, освобождаются от разделения затрат. Доплата требуется при каждом посещении клиник и больниц. Некоторые местные органы власти субсидируют медицинское обслуживание детей;

- государственная страховка по долгосрочному уходу (public long-term care insurance – LTCI) покрывает услуги по долгосрочному уходу для людей старше 40 лет с определенным заболеванием и людей старше 65 лет (запущена в 2000 году; участие обязательно). Дневные услуги, услуги по месту жительства, услуги по временному уходу, предоставление в аренду социального оборудования и услуги посещений на дому сертифицированными медсестрами, работниками по уходу и физиотерапевтами предоставляются в рамках LTCI с небольшой доплатой.

Таким образом, система страхования в целом покрывает 70 % расходов, связанных с посещением врача, обследованием и лечением во всех медицинских учреждениях. Это означает, что ставки устанавливаются не поставщиком медицинских услуг (специалистом или терапевтом) или

---

154 NHS England. General practice in the context of coronavirus (COVID-19). https://www.england.nhs.uk/coronavirus/primary-care/ general-practice/standard-operating-proce dures/.

155 OECD. OECD reviews of health care quality: Japan 2015. France: OECD Publishing. 2015; p. 79–112.

156.Sakurai H. Healthy Japan 21. Journal of the Japan Medical Association 2003;46(2):47-9. https://www.med.or.jp/english/pdf/2003_02/047_049.pdf..

157 Ministry of Health Labour and Welfare. Health Care 2035. [cited 2019 Apr 30]. Available from https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/shakaihoshou/hokeniryou2035/ (in Japanese).

центром здравоохранения (третичной или первичной клиникой), а только характеристиками оказываемой помощи[158]. Клиники и больницы могут предоставлять любые услуги, которые они считают необходимыми, врачи могут получить аттестат по любой специальности. Клиники хорошо оборудованы, и врачи, как правило, запрашивают много дорогостоящих обследований, но пациенты платят небольшую сумму.

Доступ к любому врачу и виду помощи является бесплатным, и пациенты могут выбрать специалиста без направления от терапевта, иногда без назначенного приема, и обычно им не приходится ждать слишком долго[159]. Пациенты могут также выбирать любые медицинские учреждения независимо от тяжести заболевания и страхового статуса. Однако пациенты, которые обращаются в учреждения третичной медицинской помощи без направления от учреждения первичной или вторичной медицинской помощи, должны платить дополнительную плату. Благодаря внедрению такой системы использование амбулаторных отделений крупных больниц из-за бесплатного доступа сократилось, а использование медицинских услуг переместилось в более мелкие клиники на базе местных сообществ. Кроме того, в Японии существует обширная программа вторичной профилактики, включающая медицинские осмотры и скрининги, при поддержке системы всеобщего медицинского страхования, но функция привратника первичной помощи для доступа к специалистам также не выполняется. Эти вторичные услуги могут быть предоставлены на местном уровне в небольших клиниках, лечебных центрах или в амбулаторных отделениях крупных больниц, которые бы считались центрами третичной медицинской помощи в системе контроля доступа.

В **нерабочее время первичная помощь** предоставляется региональными отделениями Японской медицинской ассоциации (Japan Medical Association – JMA) (в основном для пациентов, проходящих стационарное лечение). Вторичную помощь в нерабочее время оказывают местные больницы (в основном пациентам, нуждающимся в госпитализации). Как упоминалось выше, пациенты должны вносить от 10 до 30 % стоимости консультации и лекарств в качестве доплаты как в дневное, так и в нерабочее время.

В целом определение «первичной помощи» в Японии неоднозначно и отличается от общей практики в Великобритании или семейной медицины в США.

Важно отметить, что врачи, практикующие в частной практике в Японии, могут свободно причисляться к врачам общей практики, даже если они не имеют соответствующего сертификата[160]. Также в Японии, в отличие от многих стран ОЭСР, нет специально подготовленных врачей первичной помощи (primary care physicians), поскольку подавляющее большинство врачей являются специалистами и первичная помощь может оказываться специалистами с ограниченной подготовкой в области первичной помощи в общинных клиниках, но их часто обходят стороной, поскольку японцы и резиденты, зарегистрированные в системе государственного медицинского страхования Японии, могут свободно получать доступ к различным областям системы здравоохранения.

Объем клинической практики японских врачей первичной помощи варьируется в зависимости от области и имеющихся медицинских учреждений. Например, хотя обычно акушеры предоставляют услуги по уходу за беременными, включая плановые дородовые осмотры в Японии, некоторые врачи первичной помощи проводят акушерские и гинекологические процедуры в сельской местности. С точки зрения сертифицированного семейного врача, 23,6 % врачей оказывают дородовую и послеродовую помощь. Более того, в Японии, поскольку иногда в поликлинике/специализированной клинике доступны компьютерная томография, ультрасонография и эндоскопия верхних отделов желудочно-кишечного тракта, эти процедуры выполняются в условиях первичной помощи.

---

158 Figueira Maura Cristiane e Silva, Silva, Wellington Pereira da and Silva, Eliete MariaIntegrative literature review: access to primary healthcare services. Revista Brasileira de Enfermagem [online]. 2018, v. 71, n. 3 [Accessed 6 August 2021] , pp. 1178-1188. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0441>. ISSN 1984-0446. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0441.

159 Figueira Maura Cristiane e Silva, Silva, Wellington Pereira da and Silva, Eliete MariaIntegrative literature review: access to primary healthcare services. Revista Brasileira de Enfermagem [online]. 2018, v. 71, n. 3 [Accessed 6 August 2021] , pp. 1178-1188. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0441>. ISSN 1984-0446. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0441.

160 Kato D., Ryu H., Matsumoto T. et al. Building primary care in Japan: Literature review. J Gen Fam Med. 2019; 20: 170–179. https://doi.org/10.1002/jgf2.252.

В Японии семейные врачи якобы выполняют ту же роль, что и врачи общей практики в Великобритании. Однако в рамках универсальной системы здравоохранения Японии пациенты могут обращаться за помощью в любое лечебное учреждение – от клиник первичной медико-санитарной помощи до университетских больниц. Хотя некоторые люди могут выбрать семейного врача в качестве первого контакта, многие другие предпочитают обращаться непосредственно к специалисту. По оценкам, количество амбулаторных больных составляло около семи миллионов человек в год, из которых 30 % приходилось на больницы. В результате специальность «Семейная медицина» (family medicine) не получила широкого распространения в системе здравоохранения Японии.

Японская академия семейной медицины впервые сертифицировала специалистов по семейной медицине в 2006 году, однако национальное правительство изначально не признавало эти аккредитации. Наконец, в 2018 году Японский совет по медицинским специальностям признал семейных врачей врачами общей практики со следующими шестью компетенциями:

- ориентированная на пациента помощь;
- комплексный подход;
- межпрофессиональное управление;
- ориентированный на общину подход;
-этика;
- управление в многопрофильных учреждениях.

Всемирная организация семейных врачей и Совет по специальностям японских врачей определяют роли и обязанности этой специальности с точки зрения врачей, занимающихся оказанием медицинской помощи[161]. В Японии ведутся исследования растущей потребности во врачах первичной помощи, в частности, в связи со все еще слабой развитостью семейной медицины, в том числе делаются попытки оценить, как воспринимаются врачи семейной медицины пользователями услуг[162].

В настоящее время правительство создает региональные рамки для комплексного предоставления вспомогательных услуг и медицинского обслуживания, известные как **общинные системы комплексного ухода** (Рисунок 4). Создаваться они главным образом должны не на национальном уровне, а на добровольной основе муниципалитетами и префектурами, являющимися страховщиками.

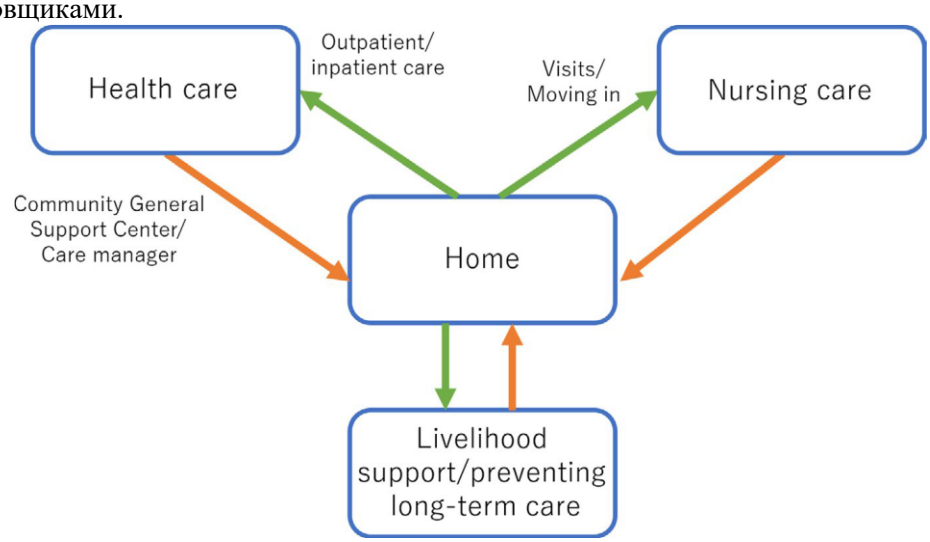

Рисунок 4. Модель комплексного медицинского обслуживания на уровне общин *Источник:* частично изменено из[163].

Из-за нечеткой границы между первичной и вторичной помощью и клинической и больничной помощью сложно оценить персонал первичной помощи. По имеющейся статистике, 15

161 Sato K., Michinobu R., & Kusaba T. (2020). Mixed methods study protocol to examine perceptions of family medicine among long-term patients of a family medicine clinic in Japan. BMJ open, 10(9), e037113. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-037113.

162 Sato K., Michinobu R., Kusaba T. (2020). Mixed methods study protocol to examine perceptions of family medicine among long-term patients of a family medicine clinic in Japan. BMJ open, 10(9), e037113. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-037113.

163 Ministry of Health, Labour and Welfare. Long term care system of Japan, Nov 2016. [cited 2019 Apr 30]. https://www.mhlw.go.jp/english/polic y/care-welfa re/care-welfa re-elder ly/dl/ltcisj_e.pdf.

125 врачей имеют статус «общей внутренней медицины» и 102 457 врачей работают в клиниках (Рисунок 5). Кроме того, существует географическая разница в плотности врачей. Разница между префектурами с самой низкой и самой высокой плотностью врачей на население составляет 155,1 врача на 100 000 жителей (от 307,9 в префектуре Киото до 157,2 в префектуре Сайтама). Напротив, в педиатрии разница составляет 78,1 педиатра на 100 000 жителей (от 153,4 в Токио до 75,3 в префектуре Ибараки).

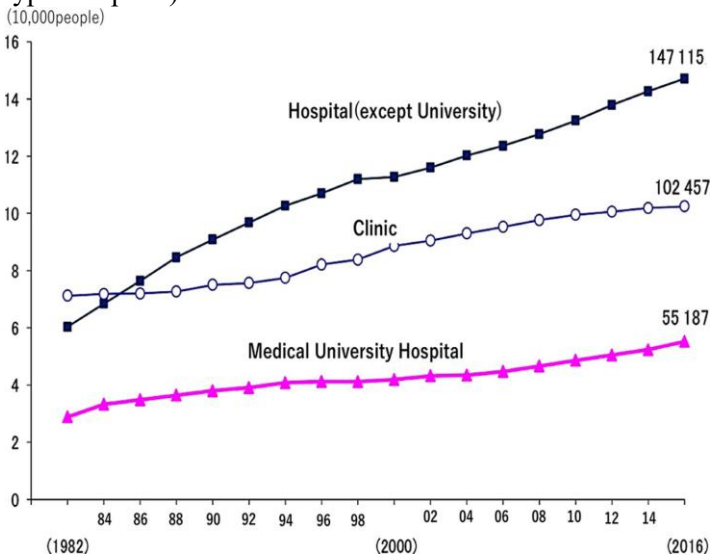

Рисунок 5. Количество врачей в Японии

Заработная плата врачей, работающих в больницах, одинакова для разных больничных специальностей. Однако, поскольку клиники получают компенсацию по модели оплаты за услуги, заработная плата врачей клиник обычно выше, чем у врачей больниц. Средняя годовая зарплата врача больницы в 2017 году составила 14,7 миллиона йен, а у врача, управляющего клиникой, – 24,6 миллиона йен[164].

Япония сталкивается с общей нехваткой врачей, включая врачей первичного звена. В городах работает больше врачей, чем в сельской местности. Чтобы преодолеть это неравномерное распределение, Министерство образования, культуры, спорта, науки и технологий увеличило набор студентов-медиков. Многие университеты также внедрили систему Chiiki-Waku – выборочного приема для жителей районов с недостаточным медицинским обслуживанием (Рисунок 6).

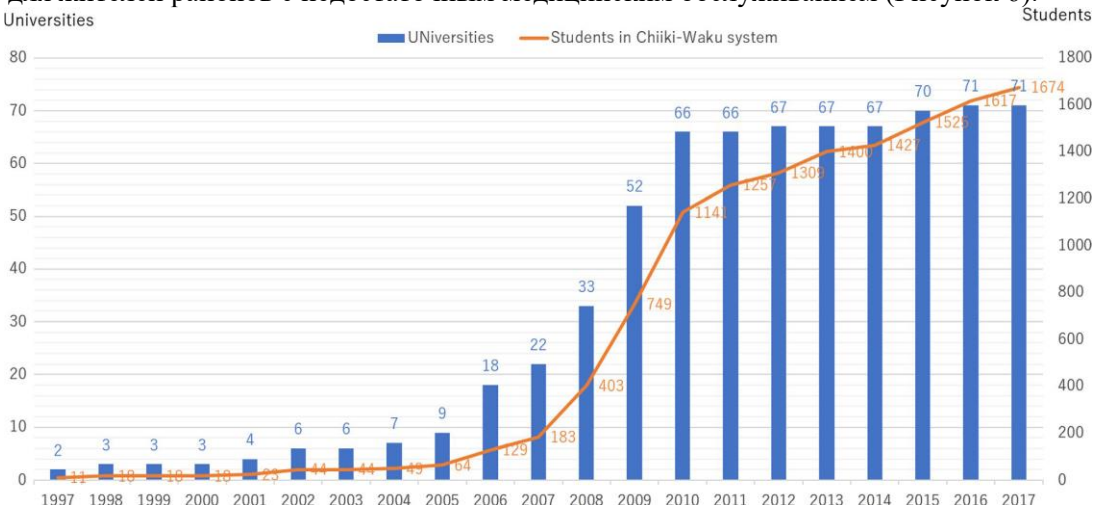

Рисунок 6. Количество университетов, применяющих систему Chiiki-Waku, и студентов в ней

Источник https://doi.org/10.1002/jgf2.252.

В то время как система Chiiki-Waku предоставляет стипендии студентам-медикам, выпускники должны работать в сельской местности в течение определенного периода.

164 Kato D., Ryu H., Matsumoto T. et al. Building primary care in Japan: Literature review. J Gen Fam Med. 2019;20:170–179. https://doi.org/10.1002/jgf2.252.

По состоянию на 2017 год 71 из 81 университета с медицинскими факультетами принял систему Chiiki-Waku, которая набрала 1674 студента в 2017 году. Это эквивалентно 18 % всех студентов-медиков, и число студентов-медиков также растет. (Рисунок 7). Оценка долгосрочного влияния системы Chiiki-Waku ожидается в будущем.

Также, как отмечают японские исследователи, есть необходимость стандартизировать продолжительность службы в сельской местности и выбор специальности.

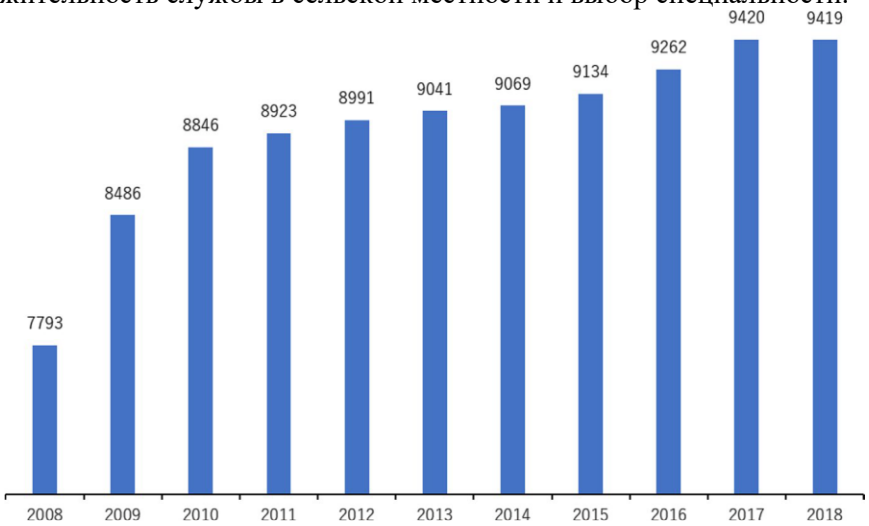

Рисунок 7. Количество студентов-медиков первого курса

Источник https://doi.org/10.1002/jgf2.252.

В университетах **кафедра семейной медицины** обеспечивает медицинское обслуживание, исследования и последипломное медицинское образование в области первичной помощи. При опросе 60 университетов в 2016 году 38 (63 %) сообщили, что у них есть специалисты/инструкторы по первичной помощи. С 2004 г. выпускники обязаны проходить двухгодичную ординатуру, включая четырехнедельную подготовку по вопросам общественного здравоохранения.

Около 0,5–1,1 % студентов-медиков становятся врачами первичного звена в зависимости от количества студентов-медиков, сдавших экзамен для врачей и специалистов первичного звена.

По данным опроса врачей первичного звена в 2014 г., 232 (76,8 %) из 302 респондентов (78,7 % всех специалистов первичного звена) были мужчинами со средним возрастом 36 лет: 224 (74,2 %) в возрасте от 30 лет и 39 лет, 70 (23,2 %) в возрасте от 40 до 49 лет, 5 (1,7 %) в возрасте от 50 до 59 лет и 1 (1,3 %) в возрасте старше 60 лет. Текущий статус практикующих составляет 273 (90,4 %) с полной занятостью и 19 (6,3 %) с частичной занятостью. Из 291 респондента 120 (41,2 %) ответили, что более 90 % их рабочего времени приходится на клиническую помощь, а 15 (5,2 %) ответили, что более 40 % их времени уходит на исследования.

С 2010 года Японская ассоциация первичной помощи (Japan Primary Care Association – JPCA) сертифицирует специалистов первичной помощи, и по состоянию на 31 июля 2018 года 672 специалиста получили сертификат. Кроме того, JPCA организует подготовку для больничных работников. Другие мероприятия JPCA включают проект сертификации фармацевтов и проект подготовки дипломированных медицинских сестер.

Таблица 2 описывает развитие ресурсов здравоохранения и их использование в Японии в сравнении со средними показателями по ОЭСР[165].

Таблица 2. Развитие ресурсов здравоохранения и их использование (в среднем по Японии/ОЭСР) – 2015 г.

Общие расходы на здраво-охранение в % от ВВП	Общие расходы на здраво-охранение на душу населен	Больнич-ных коек на 100 000 населения	Врачей на 100 000 населения	ВОП в % от общего числа врачей*	Мед-сестры на 100 000 населения	Средняя продолж-и-тельность пребыва-ния во всех	Число госпитал-и-заций на 100 жителей	Число амбула-торных контактов на человека в месяц

165 Kato D., Ryu H., Matsumoto T. et al. Building primary care in Japan: Literature review. J Gen Fam Med. 2019;20:170–179. https://doi.org/10.1002/jgf2.252.

	ия (в пересчете на $)					больницах (дни)		
10,9/8,8	4428,3/ 3756,5	1317/476	236/335	32,7/29,1	1096/907	29,1/8,3	12,4/16,1	1,58

*Цитируется из опроса врачей, стоматологов и фармацевтов, проведенного Министерством труда и социального обеспечения Японии. В этот процент включены все врачи, работающие в клиниках, независимо от их специальности, потому что в Японии нельзя отделить врачей общей практики от других.

Источник: [166].

Непрерывность оказания первичной помощи

В японской системе здравоохранения **нет системы списков пациентов или системы регистрации.** Поскольку пациенты могут свободно выбирать и менять своего врача или медицинское учреждение, поставщикам услуг трудно поддерживать преемственность. Как правило, непрерывности оказания первичной медико-санитарной помощи **способствуют хорошо скоординированные медицинские записи** (карты) и взаимосвязанная помощь от стационарных до амбулаторных учреждений первичной помощи. Однако в 2014 г. уровень внедрения электронных медицинских карт составил около 32,2 % для больниц в целом и 35 % для клиник. В последующие годы наблюдался небольшой рост. В 2017 г. уровень внедрения составил 46,7 % для больниц и 41,6 % для клиник[167].

Хотя эта доля увеличивается, большое количество доступных систем электронных медицинских карт ограничивает взаимодействие между различными поставщиками.

Правительство стремится побудить пациентов использовать одни и те же клиники первичной помощи для создания эффективной системы здравоохранения и снижения затрат на здравоохранение. Таким образом, пациенту, который посещает больницу без направления от лечащего врача, необходимо внести дополнительную плату в размере 5000 иен (45 долларов США). Более того, клиники первичной помощи могут получать льготы от страхового органа по направлению. Например, когда врач первичной помощи знакомит пациентов с врачом больницы, они получают плату за направление.

Координация служб первичной медико-санитарной помощи

В идеале врачи первичной медико-санитарной помощи должны быть привратниками системы здравоохранения. В Японии, однако, врачи первичной медико-санитарной помощи слабо контролируют ситуацию. Врач в больнице должен будет оказывать первичную и вторичную помощь, как уже говорилось **выше**. Усилия правительства были сосредоточены на постепенном усилении координации первичной и вторичной медико-санитарной помощи. Что касается количества больниц, то в Японии 8442 больницы и 101 529 клиник. Из них 18 % больниц были общенациональными или государственными, 68,2 % – медицинскими корпорациями и 2,8% – частными больницами. С другой стороны, государственные клиники составляли всего 3,6 %, медицинские кооперативные клиники – 40,5 %, а частные клиники – 42,1%, и в клиниках работали 102 457 врачей. Соотношение индивидуальной и групповой практики неясно.

Чтобы усилить координацию первичной и вторичной медико-санитарной помощи, MHLW предоставляет компенсационные выплаты, чтобы стимулировать совместную работу между группами первичной и вторичной помощи. Например, если перед выпиской из больницы проводятся конференции для оказания помощи на дому по месту жительства, больница и поставщик услуг по уходу на дому будут получать дополнительную плату. В **междисциплинарной** конференции участвуют врач больницы, врач на дому, медсестра, фармацевт, физиотерапевт, социальный работник и менеджер по уходу.

Недавняя инициатива правительства направлена на содействие координации в рамках **междисциплинарной группы по уходу за людьми с деменцией**. «Оранжевый план» – это национальная политика в отношении деменции, направленная на усиление координации помощи

166 Kato D., Ryu H., Matsumoto T. et al. Building primary care in Japan: Literature review. J Gen Fam Med. 2019;20:170–179. https://doi.org/10.1002/jgf2.252.

167 Poba-Nzaou P., Kume N. & Kobayashi S. Developing and Sustaining an Open Source Electronic Health Record: Evidence from a Field Study in Japan. J Med Syst 44, 159 (2020). https://doi.org/10.1007/s10916-020-01625-3.

между здравоохранением и социальной помощью. Он подчеркнул важность раннего вмешательства и инициативных групп интенсивной поддержки для людей с деменцией. Инициативные группы интенсивной поддержки проводят посещения на дому, проводят клинические обследования и предоставляют информацию пациентам и их семьям[168].

Качество и эффективность первичной помощи

В настоящий момент в Японии существует потребность в оценке результатов деятельности первичного звена здравоохранения и качества первичной помощи. Вклад Японии в исследования в области первичной медико-санитарной помощи ограничен. С 2001 по 2016 год только 0,15 % статей, опубликованных в пяти ведущих международных журналах по первичной медико-санитарной помощи, были из Японии[169]. Существует Японская версия инструмента оценки первичной помощи (Japanese version of the Primary Care Assessment Tool – JPCAT) [170]– это проверенный инструмент для оценки качества первичной медико-санитарной помощи на основе опыта пациентов. Доказательства использования инструмента JPCAT накапливаются.

После принятия Закона об обеспечении комплексного медицинского и долгосрочного ухода в сообществе в 2014 году решение о распределении ресурсов здравоохранения принимаются между поставщиками, плательщиками и государством на основе оценочных данных об оптимальном распределении больничных коек, количестве пациентов и лечении, необходимом в 2025 году для каждого муниципального образования на основе национальной базы данных по счетам-претензиям и другой информации. Планируется, что разработка платформы национальных баз данных позволит визуализировать неравномерное распределение ресурсов здравоохранения и интеграцию общественного здравоохранения в систему первичной медико-санитарной помощи, что может привести к более эффективной системе первичной помощи за счет улучшения доступа и координации помощи.

Таким образом, из-за демографических различий, отсутствия координации между различными учреждениями и нехватки врачей услуги здравоохранения оказываются фрагментированными на уровне префектур. Также жесткий централизованный контроль затрат на медицинское обслуживание и принцип невмешательства в предоставление услуг привели к несоответствию между потребностями и предоставлением ресурсов здравоохранения, а именно: дублированию инвестиций на протяжении многих лет и чрезмерному использованию ресурсов и снижению ответственности за качество медицинской помощи[171]. Рост расходов системы здравоохранения Японии также связывают с замедлением экономического роста и постоянно растущим применением дорогостоящих медицинских технологий.

В Японии существует потребность создания системы контроля со стороны первичной помощи и **большей интеграции общественного здравоохранения в первичную помощь[172]**, т. к. в фрагментированной структуре системы здравоохранения японские **центры общественного здравоохранения (**public health centers – PHC) играют решающую роль в охране здоровья населения.

Первичная помощь в центрах общественного здравоохранения

Центры общественного здравоохранения Японии, или *хокендзё*, являются частью системы здравоохранения Японии с момента принятия Закона 1937 года о центрах общественного здравоохранения. На центры были возложены административные функции в области пищевой санитарии, гигиены окружающей среды, а также медицинской и фармацевтической деятельности, включая борьбу с инфекциями, питание, охрану здоровья матери и ребенка, урегулирование кризисных ситуаций в сфере здравоохранения, поддержку в расследовании и лечении редких заболеваний; раннее выявление случаев насилия в семье и надзор за работой больниц и аптек. Центрами общественного здравоохранения руководит сертифицированный врач, который курирует

---

168 Kato D., Ryu H., Matsumoto T. et al. Building primary care in Japan: Literature review. J Gen Fam Med. 2019;20:170–179. https://doi.org/10.1002/jgf2.252.

169 Takuya A., Shunichi F. Japanese representation in high-impact international primary care journals. J Gen Fam Med. 2017;40(3):126–30.

170 Takuya Aoki, Machiko Inoue, Takeo Nakayama, Development and validation of the Japanese version of Primary Care Assessment Tool, Family Practice, Volume 33, Issue 1, February 2016, Pages 112–117, https://doi.org/10.1093/fampra/cmv087.

171 OECD. OECD reviews of health care quality: Japan 2015. Paris: OECD Publishing; 2015; p. 43–78.

172 OECD. OECD reviews of health care quality: Japan 2015. France: OECD Publishing. 2015; p. 79–112.

три основных отдела: отдел общих дел, который собирает важные статистические данные и проверяет медицинские учреждения; отдел жизненной среды, который следит за безопасностью пищевых продуктов и санитарией в общественных местах и проверяет фармацевтические предприятия; и отдел здравоохранения и профилактики, который занимается борьбой с инфекционными заболеваниями, улучшением питания, уходом за престарелыми и первичной помощью[173].

Центры общественного здравоохранения находятся в ведении национального Министерства здравоохранения, труда и социального обеспечения (MHLW), действуют как местные правительственные учреждения в префектурах Японии, под руководством врача и укомплектованы командой междисциплинарных специалистов, в которую входят медсестры общественного здравоохранения и акушерки, ветеринары, фармацевты и лаборанты. По состоянию на 2020 г. их насчитывалось 469. Каждый центр обслуживает от 300 000 до более чем миллиона жителей региона, предоставляя широкий спектр услуг в области общественного здравоохранения[174].

Стратегия смягчения последствий пандемии COVID-19 в Японии

Япония реализовала **стратегию смягчения последствий** пандемии COVID-19 для снижения распространения вируса. На начальном этапе эпидемии правительство Японии четко заявило, что сосредоточит внимание на лечении тяжелых случаев, пациентам с очень легкой формой заболевания, как правило, рекомендуется оставаться дома, а бессимптомным людям не рекомендуется проходить тестирование на новый коронавирус. Кроме того, Япония сделала приоритетной политику ограничения крупномасштабных кластеров, 7 апреля 2020 года объявила месячное чрезвычайное положение и разрешила правительству вводить меры социального дистанцирования. Но поскольку его стратегия вмешательства не могла предотвратить дальнейшее распространение эпидемии, вторая волна вспышки с июля оказалась несколько более серьезной, чем первая, при этом число подтвержденных случаев увеличивалось быстрее, чем раньше. Однако благодаря **самодисциплине и высокой санитарной грамотности японцев** Япония не испытала быстрого роста заболеваемости, как в Европе, и стала одной из стран с исключительными показателями в развитии эпидемии среди регионов, внедривших стратегии смягчения[175].

Обширная сеть общественных центров здравоохранения Японии, укомплектованных медсестрами, врачами и волонтерами из разных стран, помогла сохранить общее состояние здоровья населения в стране с помощью тысяч поставщиков первичной помощи. Центры на уровне сообществ сыграли центральную роль в мобилизации средств индивидуальной защиты (СИЗ), медицинского персонала, отслеживании контактов, тестировании на COVID-19 и покрытии расходов. При появлении вируса были построены дополнительные общинные лечебные центры для предоставления населению услуг по уходу и лечению[176].

Центр общественного здравоохранения был критически важным ресурсом для создания местной системы сортировки пациентов, которая организовывала поток пациентов из общины в наиболее хорошо оборудованные больницы, многие из которых обладали богатым опытом лечения инфекционных заболеваний и респираторной помощи по ведению пациентов с активным туберкулезом и другими инфекционными заболеваниями. Центры общественного здравоохранения с гораздо меньшим радиусом наблюдения, чем национальные агентства общественного здравоохранения, такие как CDC США, сыграли ключевую роль в подходе Японии к подавлению

---

173 Primary Care in the COVID-19 Pandemic. Primary Care in the COVID-19 Pandemic. Improving access to high-quality primary care, accelerating transitions to alternative forms of care delivery, and addressing health disparities.Edited by: Sanjay Basu,D, Jessica L. Alpert, Russell S. Phillips. Harvard Medical School Center for Primary Care. https://www.carequest.org/system/files/Primary-Care-in-the-COVID-19-Pandemic-Harvard-Report.pdf.

174 Imamura T., Saito T., Oshitani H. Roles of public health centers and cluster-based approach for COVID-19 response in Japan. Health Secur 2020 [Online ahead of print] 10.1089/hs.2020.0159.

175 Chen H., Shi L., Zhang Y. et al. A cross-country core strategy comparison in China, Japan, Singapore and South Korea during the early COVID-19 pandemic. Global Health 17, 22 (2021). https://doi.org/10.1186/s12992-021-00672-w.

176 Primary Care in the COVID-19 Pandemic. Primary Care in the COVID-19 Pandemic. Improving access to high-quality primary care, accelerating transitions to alternative forms of care delivery, and addressing health disparities.Edited by: Sanjay Basu,D, Jessica L. Alpert, Russell S. Phillips. Harvard Medical School Center for Primary Care. https://www.carequest.org/system/files/Primary-Care-in-the-COVID-19-Pandemic-Harvard-Report.pdf.

ранней фазы вируса путем пресечения локальных скоплений инфекций в зародыше. Как только увеличивающееся количество пациентов выявило неэффективность этой системы, региональные центры общественного здравоохранения в коалиции со своими местными больницами первыми выявили эти болевые точки и быстро реструктурировали глубоко укоренившуюся схему действий, включая распределение пациентов по более широкой сети больниц, повысив потенциал здравоохранения, а также творчески перепрофилировали внебольничные учреждения, чтобы освободить койки для более тяжелых случаев. Обладая глубоким пониманием своего местного сообщества, а также связанных с ним больниц и их соответствующих возможностей и потребностей, центры общественного здравоохранения смогли мобилизовать изменения гораздо более гибким и индивидуальным образом, чем это могло бы сделать крупное централизованное учреждение общественного здравоохранения.

Деятельность Центров общественного здравоохранения ограничивали нехватка рабочей силы, медленные коммуникации, в том числе из-за преобладания рукописных информационных носителей, неадекватное и неравномерное распределение ресурсов между организациями здравоохранения (больницами и клиниками), недостаточные государственные инвестиции в центры общественного здравоохранения и сектор общественного здравоохранения в целом, что привело в том числе к нехватке специалистов общественного здравоохранения.

Таким образом, Япония является примером для стран, стремящихся использовать местные центры общественного здравоохранения для руководства региональной координацией, эпиднадзором и сортировкой во время пандемии.

Также Япония, как и многие страны с высоким уровнем доходов, расширила услуги телемедицины и стратегии мобильного здравоохранения для сокращения передачи вируса. В марте 2020 года Министерство экономики, торговли и промышленности Японии выступило с инициативой по предоставлению гражданам бесплатных услуг удаленных медицинских консультаций для решения проблем, связанных с COVID-19. Многие больницы и общественные лечебные учреждения также установили мобильные приложения в палатах пациентов, чтобы сообщать о температуре тела два раза в день, сводя к минимуму контакты между пациентом и поставщиком медицинских услуг[177].

Создание экономически активного стареющего общества

Япония является мировым лидером по долголетию. В основе этого лидерства, несомненно, лежит глубокая философия, берущая начало в концепции первичной медико-санитарной помощи. В создании **экономически активного стареющего общества при помощи отличного здравоохранения** важную роль сыграл самый выдающийся врач Японии – доктор Шигеаки Хинохара, который является основателем первичной помощи в стране.

Доктор Хинохара изучал медицину в США, был впечатлен философией первичной помощи, представил и разработал ее в Японии. Он был автором полных ежегодных медицинских осмотров людей – human dry-dock (японской системы подробных медицинских осмотров людей среднего и пожилого возраста), а также играл активную роль в развитии профилактической медицины и системы образования для врачей и медработников. Доктор является автором термина «болезни, связанные с образом жизни» (в настоящее время используется термин «метаболический синдром» (Met-S), включая несколько атеросклеротических заболеваний, таких как ожирение, гипертония, сахарный диабет и гиперлипидемия). Также Доктор Хинохара основал Движение новых пожилых людей (New Elderly movement) и внедрял музыкальную терапию в систему здравоохранения Японии. В частности, он основал Японскую ассоциацию биомузыки (JBMA) в 1986 году и Японскую ассоциацию музыкальной терапии (Japanese Music Therapy Association – JMTA), став ее директором в 2001 году. К настоящему времени зарегистрированные музыкальные терапевты (registered music therapists – RMT) представляют различные сеансы музыкальной терапии и исследования в области медицины, социального обеспечения и образования в Японии.

Медицинское общество первичной помощи Японии (The Japanese Medical Society of Primary Care – JMSPC) было основано в 1978 году (Доктор Хинохара консультировал этот процесс). Его деятельность привела к образованию двух медицинских групп, связанных с первичной помощью, а

---

177 Primary Care in the COVID-19 Pandemic. Primary Care in the COVID-19 Pandemic. Improving access to high-quality primary care, accelerating transitions to alternative forms of care delivery, and addressing health disparities.Edited by: Sanjay Basu,D, Jessica L. Alpert, Russell S. Phillips. Harvard Medical School Center for Primary Care. https://www.carequest.org/system/files/Primary-Care-in-the-COVID-19-Pandemic-Harvard-Report.pdf.

именно Японской академии семейной медицины (Japanese Academy of Family Medicine – JAFM) и Японского общества общей медицины (Japanese Society of General Medicine – JSGM). После объединения этих трех организаций в 2010 году была основана Японская ассоциация первичной медико-санитарной помощи (Japanese Primary Care Association – JPCA). JPCA продолжила деятельность в области первичной помощи, и нынешняя концепция первичной помощи получила широкое признание. JPCA имеет официальный «Журнал общей и семейной медицины» (Journal of General and Family Medicine – JGFM).

На базе Японской христианской медицинской ассоциации (Japan Christian Medical Association – JCMA), которая начала свое существование в 1939 году, в 1973 году был основан Фонд Центра планирования жизни (Life Planning Center – LPC)[178] в Токио как некоммерческий фонд Хинохары (который был председателем правления). LPC содействовал обеспечению здорового качества жизни (healthy quality of life – QOL) взрослого населения с помощью целостных и всеобъемлющих стратегий, направленных на изменение образа жизни, в основном посредством санитарного просвещения.

Принцип, лежащий в основе всей деятельности LPC, основан на изречении Сократа: «Не жизнь, а хорошая жизнь, в которой мы должны учитывать самое важное». Цели LPC: 1) помочь людям продвигать стратегии по поддержанию и улучшению собственного психического и физического здоровья путем изменения образа жизни; 2) помочь людям в поддержании высокого качества жизни на всех этапах их жизни.

У LPC есть три области исследований: образовательная медицина, профилактическая медицина и новая медицина. Например, у него есть несколько проектов и/или областей, таких как раннее выявление и лечение заболеваний, поддержка здоровья сердца и всего тела, клиническая психология, посещение медпункта, клиника по уходу на дому, паллиативная помощь, хоспис и Новая ассоциация пожилых людей (NEA).

В сентябре 2000 года LPC начал инновационный инициативный проект – Движение новых пожилых граждан (New Elder Citizen Movement – NECM). Он способствует продвижению нового образа жизни пожилых людей в соответствии с концепцией успешного старения. С этой философией была основана Новая ассоциация пожилых людей (New Elderly Association – NEA). Деятельность NEA подчинена трем темам, одной миссии и пяти целям (Таблица 3).

Таблица 3

Темы	Любить
	Инициировать
	Терпеть
Миссия	Передавать детям важность мира и любви
Цели	Формировать благоприятный образ жизни
	Сохранять активную роль в обществе и тесные дружеские отношения независимо от пола, расы или поколения
	Поддерживать надежду и веру, культивировать силу и мощь, чтобы выдержать любые трудности, с которыми можно столкнуться, поддерживать и неукротимый дух, который должен проявлять глубокое сочувствие к другим в трудных ситуациях и утешать людей, потерявших надежду на жизнь
	С любовью заботиться о других и испытывать благодарность к повседневной жизни
	Осознавать, что никогда не поздно что-то инициировать или создать, независимо от возраста

За 10 лет с момента основания NEA насчитывала 11 455 членов со всей Японии с 35 местными отделениями, а также несколько неяпонских граждан, проживающих в Соединенных Штатах, Австралии, Мексике, Бразилии, Корее, на Тайване и в других странах. Доктор Хинохара до 104 лет участвовал в многочисленных обучающих лекциях и форумах NEA. NEA создала Smart Senior Association (SSA), члены которой могут развивать взаимное общение и связи через Facebook.

В настоящее время в Японии существует 47 местных отделений NEA. В этих отделениях всегда есть различные программы культуры, спорта и общения, такие как каллиграфия, хор, навыки работы с компьютером, разговорная речь на английском, цветочные композиции, составление

178 Bando H., Yoshioka A., Iwashimizu Y., Iwashita M., Doba N. (2017) Development of Primary Care, Lifestyle Disease and New Elderly Association.(NEA) in Japan – Common Philosophy With Hinohara-ism. Prim Health Care 7: 281. doi: 10.4172/2167-1079.1000281.

хайку, здоровое дыхание, танцы хула, прослушивание классической музыки, альпинизм, повествование, беседы с позитивным мышлением, чтение китайских стихов, софтбол, теннис и так далее.

Доктор Хинохара с коллегами проводил различные исследования в области борьбы со старением, такие как упражнения, борьба с гипертонией, укрепление здоровья и так далее. В частности, были получены некоторые данные, позволяющие прогнозировать слабость у пожилых[179].

Таким образом, доктор Хинохара был пионером в нескольких областях и был одним из тех, кто заложил основы японской первичной помощи. Он акцентировал внимание на важности повседневного образа жизни и привычного отношения к тому, как жить хорошо, **что привело Японию к мировому лидерству по долголетию**. Включая в себя дух и практику первичной медико-санитарной помощи, «хинохараизм» получил дальнейшее развитие и был принят многими людьми и стал одной из лучших философий и повседневной практики во всем мире.

Заключение

Алма-Атинская декларация 1978 г. включила широкий контекст социальных детерминант, основанный на принципах справедливости и участия сообщества, в дискуссии о том, как улучшается здоровье. Глобальная конференция по первичной медико-санитарной помощи, состоявшаяся в Астане (Казахстан) в октябре 2018 г., подтвердила важнейшую роль первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в обеспечении того, чтобы каждый во всем мире имел возможность пользоваться наивысшим достижимым уровнем здоровья. ПМСП стала политикой всех стран-участниц.

Таким образом, историческая значимость ПМСП в том, что она оказала существенное влияние на преобладающие представления о здоровье и его составляющих, а во многих странах она была принята в качестве стержневого элемента политики здравоохранения.

Первичная медико-санитарная помощь основана на трех столпах: расширение прав и возможностей сообществ, многосекторальные стратегии и действия, а также комплексное предоставление качественных услуг первичной помощи и общественного здравоохранения.

Качественная, правильно организованная первичная помощь, являющаяся ядром ПМСП[180]:

• улучшает здоровье и помогает бороться с неравенством за счет улучшения финансового доступа к медицинской помощи, целенаправленных профилактических действий в сообществе и программ управления болезнями;

• способствует ориентации основного внимания на интересы людей и расширению их прав и возможностей, в частности, путем повышения уровня медицинской грамотности населения;

• повышает эффективность системы здравоохранения, например, за счет сокращения числа предотвратимых госпитализаций и ненужных посещений отделений неотложной помощи.

Модель оказания помощи (Model of care) – концептуальная схема предоставления услуг, включая процессы оказания помощи, организацию поставщиков и управление услугами. Модель оказания помощи развивается в соответствии с целями и приоритетами населения в области здоровья и в целях повышения результативности системы здравоохранения. Иными словами, модель оказания помощи – это эволюционирующее представление о том, каким образом должны предоставляться услуги и какими должны быть ответные изменения в процессах предоставления услуг, в том числе в таких областях, как разработка структуры медицинской помощи, организация поставщиков, руководство процессом предоставления услуг и постоянное повышение эффективности.

Более сорока лет назад основополагающая Алма-Атинская декларация вызвала глобальное движение в поддержку первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), которое способствовало изменению исследований в этой области. К каждой 10-й годовщине принятия Алма-Атинской декларации мировое сообщество здравоохранения переосмысливает и переписывает концепцию

---

179 Bando H., Yoshioka A., Iwashimizu Y., Iwashita M., Doba N. (2017) Development of Primary Care, Lifestyle Disease and New Elderly Association (NEA) in Japan – Common Philosophy With Hinohara-ism. Prim Health Care 7: 281. doi: 10.4172/2167-1079.1000281.

180 Realising the Full Potential of Primary Health Care. Policy brief. OECD. 2019. www.oecd.org/health/primary-care.htm .

первичной медико-санитарной помощи в попытке решить проблему отсутствия прогресса в направлении достижения здоровья для всех. Более ранние версии были стерты лишь частично. Тем не менее установленные в Алма-Атинской декларации руководящие принципы и заложенные ценности на сегодняшний момент остаются актуальными, мировое сообщество углубило свое понимание того, что необходимо сделать для дальнейшей реализации этого концептуального видения.

Состоянию систем ПМСП было уделено особое внимание со стороны общества, политиков, специалистов в странах мира во время пандемии COVID-19, т. к. сильная система ПМСП является краеугольным камнем реагирования страны на чрезвычайные ситуации в области здравоохранения. Во время пандемии некоторые страны приняли **новаторские стратегии планирования и организации первичной помощи**, чтобы обеспечить непрерывность оказания медицинской помощи на всех уровнях: удовлетворение новых требований, управление рисками и содействие координации помощи.