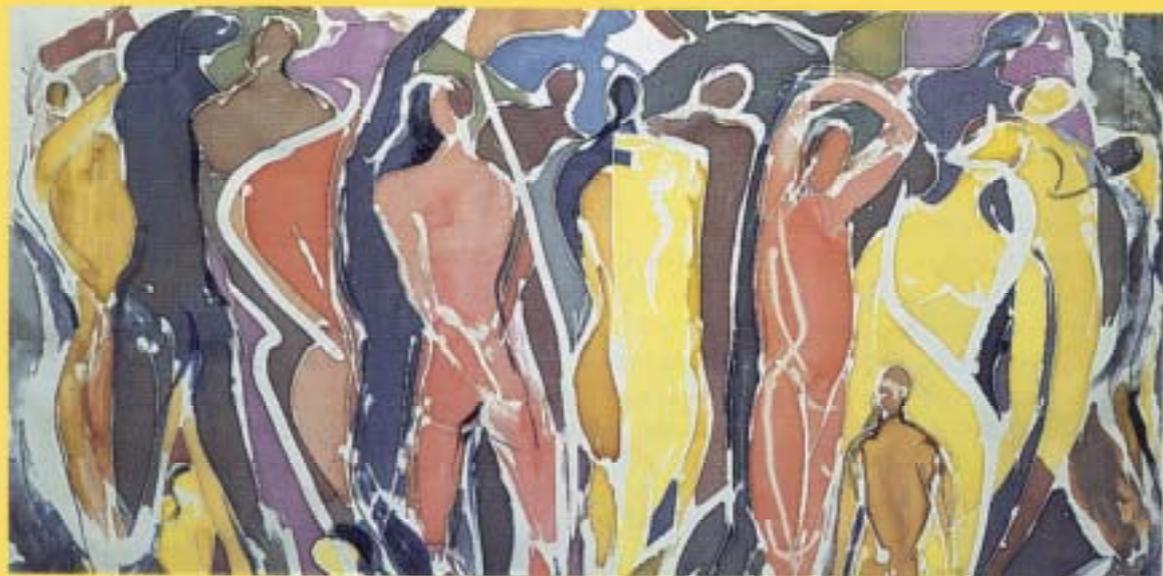




# Роль общей практики в первичной медико-санитарной ПОМОЩИ



*W.G.W. Boerma u D.M. Fleming*



# Роль общей практики в первичной медико-санитарной помощи

*W.G.W. Boerma u D.M. Fleming*

Всемирная организация здравоохранения была создана в 1948 г. в качестве специализированного учреждения Организации Объединенных Наций, осуществляющего руководство и координацию при решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Одна из уставных функций ВОЗ заключается в предоставлении объективной и надежной информации и консультировании по вопросам охраны здоровья людей, и эту обязанность она выполняет отчасти с помощью своих публикаций. Через свои публикации Организация стремится оказать поддержку выполнению стратегий охраны здоровья населения в странах и содействовать решению самых актуальных и неотложных проблем общественного здравоохранения.

Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро, каждое из которых проводит собственную программу, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых им стран. Европейский регион с населением в 870 млн. человек простирается от Гренландии на севере и Средиземного моря на юге до тихоокеанских берегов Российской Федерации. Поэтому в программе Европейского региона ВОЗ акцент ставится как на проблемах, характерных для индустриального и постиндустриального общества, так и на проблемах, находящихся в процессе становления демократии стран Центральной и Восточной Европы и бывшего СССР.

В целях как можно более полного предоставления достоверной информации и надлежащего ориентирования по вопросам здоровья и его охраны, ВОЗ обеспечивает широкое международное распространение своих публикаций и поощряет их перевод и адаптацию. Содействуя укреплению и охране здоровья, профилактике болезней и борьбе с ними, книги и другие публикации ВОЗ содействуют решению важнейшей задачи Организации – достижению всеми людьми как можно более высокого уровня здоровья.

*Роль  
общей практики  
в первичной  
медико-санитарной помощи*

**Wienke Boerma** – социолог, работающий в Институте НИПМСП (Нидерландский институт первичной медико-санитарной помощи), Нидерланды. Его основные исследовательские интересы связаны со сравнительными анализами состояния здравоохранения в европейских странах. В дополнение к его исследовательской деятельности он в настоящее время является советником по реформам первичной медико-санитарной помощи в ряде восточноевропейских стран.

**Douglas Fleming** является врачом общей практики, работающим в области практического здравоохранения, а также директором Бирмингемского исследовательского отдела Королевского колледжа врачей общей практики в Соединенном Королевстве. У него более чем 25-летний опыт работы по мониторингу данных использования ресурсов здравоохранения общей практики. Им проведено большое европейское исследование процесса перенаправлений от первичного уровня оказания медицинской помощи ко вторичному уровню.

***Роль  
общей практики  
в первичной  
медико-санитарной помощи***

**W.G.W. Voerma**

Нидерландский институт ПМСП, Утрехт, Нидерланды

*и*

**D.M. Fleming**

Королевский колледж врачей общей практики,  
Лондон, Соединенное Королевство



Всемирная организация здравоохранения  
Европейское региональное бюро  
Копенгаген

Изначально опубликовано в 1998 г. на английском языке по поручению Европейского регионального бюро ВОЗ The Stationery Office, Norwich, United Kingdom под названием *The role of general practice in primary health care*.

ISBN 92 890 4350 4

Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет обращения с просьбой разрешить перепечатку либо перевод публикации частично или полностью. Заявления и запросы следует направлять в Бюро публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ по адресу: Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark. Бюро охотно предоставит последнюю информацию о каких-либо изменениях в тексте, о планах новых изданий, а также об уже имеющихся перепечатках и переводах.

**© Всемирная организация здравоохранения, 2001 г.**

На публикации Всемирной организации здравоохранения распространяются, с сохранением за ней всех прав, положения Протокола 2 Всемирной конвенции по охране авторских прав.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приведенные в ней материалы не отражают мнение Секретариата Всемирной организации здравоохранения о юридическом статусе какой-либо страны, территории, города либо района и их органов власти либо взгляды о делимитации их границ. Названия стран или территорий, используемые в настоящей публикации, соответствуют названиям, известным в период подготовки издания данной книги на языке оригинала.

Упоминание конкретных компаний или продукции отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их или отдаст им предпочтение перед другими компаниями или изготовителями, не упомянутыми в тексте. За исключением ошибок и пропусков, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Взгляды, выраженные в настоящей публикации, являются взглядами авторов и не обязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

ОТПЕЧАТАНО В ДАНИИ

*Автор иллюстрации на обложке: Deolinda Fonseca*

---

# Содержание

	Предисловие .....	ix
	От авторов .....	xiii
	Введение .....	1
<b>ЧАСТЬ I</b>	<b>ОБЩАЯ ПРАКТИКА: ПРИРОДА И УСЛОВИЯ .....</b>	<b>5</b>
Глава 1	Отличительные особенности общей практики .....	7
Глава 2	Задачи врачей общей практики .....	10
	Лечебная помощь .....	10
	Профилактическая помощь .....	12
	Паллиативная помощь .....	15
	Координация .....	15
	Управление практикой .....	16
	Ответственность на коммунально-общинном уровне .....	17
	Факторы, влияющие на результативность практики .....	18
Глава 3	Место общей практики в системе здравоохранения .....	21
	Медицинская помощь и болезнь .....	21
	Здравоохранение как система .....	22
	Положение общей практики .....	24
Глава 4	Рабочая окружающая среда врача общей практики .....	27
	Работа в команде первичной медико-санитарной помощи .....	27
	Взаимосвязь со специалистами .....	28
	Взаимосвязь со стационарами .....	31
Глава 5	Условия практики .....	32
	Помещения и персонал .....	32
	Доступность для пациентов .....	36
	Непрерывность оказания медицинской помощи .....	41
Глава 6	Профессиональная инфраструктура общей практики .....	44
	Опыт стран с развитой инфраструктурой .....	44
	Защита материальных интересов .....	45
	Научное и академическое развитие .....	46

Глава 7	Преподавание и изучение общей практики .....	49
	Цели программы подготовки .....	51
	Обеспечение программы подготовки .....	57
Глава 8	Качество и обеспечение качества .....	61
	Концепции качества и обеспечения качества .....	61
	Обеспечение качества как система .....	63
	Организация обеспечения качества .....	67
Глава 9	Системы оплаты .....	69
	Перечисление денежных средств в центральный фонд .....	69
	Распределение ресурсов .....	70
	Единица оплаты .....	71
	Уровни вознаграждения .....	72
	Соглашения по вознаграждению и доходу .....	74
Глава 10	Планирование кадровых ресурсов .....	75
	Определение .....	75
	Вовлеченные стороны .....	76
	Перспективные оценки и прогнозы .....	77
	Планирование кадровых ресурсов и исследований .....	78
	Инструменты кадровой политики .....	79
ЧАСТЬ II	ЕВРОПЕЙСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОФИЛЕЙ ЗАДАЧ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ .....	81
Глава 11	Методы обзорного исследования .....	83
	Организация и выборочное исследование .....	83
	Ответы врачей общей практики .....	84
	Оценка результатов анкетирования .....	84
	Представление данных .....	86
Глава 12	Место врачей общей практики в системе здравоохранения .....	87
	Обеспеченность врачами общей практики и официальная позиция .....	87
	Подготовка и нагрузка .....	90
	Профессиональные контакты в области первичной и вторичной медико-санитарной помощи .....	92
Глава 13	Лечебные задачи врачей общей практики .....	95
	Доступ к медицинской помощи .....	95
	Использование медицинских процедур .....	97
	Вовлеченность в лечение и последующее наблюдение .....	99
	Промежуточное заключение .....	101
	Вовлеченность в оказание помощи матерям .....	102
	Применение гомеопатии .....	102

---

Глава 14	Вовлеченность врачей общей практики в оказание услуг по профилактике и укреплению здоровья.....	104
	Выявление.....	104
	Обучение, педиатрическое наблюдение и иммунопрофилактика среди детей.....	107
	Заключение.....	108
Глава 15	Управление практикой и учреждения.....	109
	Контакты с пациентами.....	109
	Доступ и организация часов амбулаторного приема.....	112
	Вспомогательный персонал практики и услуги вне часов приема.....	114
	Медицинское оборудование практики.....	116
	Использование компьютеров.....	119
Глава 16	Удовлетворенность работой.....	121
Глава 17	Особенности общей практики в различных странах.....	124
	Резюме профилей на уровне стран.....	124
ЧАСТЬ III	НОВЫЕ ТЕНДЕНЦИИ.....	143
Глава 18	Текущие тенденции и проблемы будущего.....	145
	Старение населения.....	145
	Социальные тенденции.....	146
	Достижения технологий.....	146
	Профессиональные отношения.....	147
	Экономические сдерживающие факторы.....	147
	Последипломная подготовка.....	148
	Падение коммунизма.....	149
	Внедрение перемен: важность стратегии.....	150
	Заключение.....	152
Библиография	.....	154
Приложение 1	Структура профессионального и административного развития общей практики/семейной медицины в Европе.....	161
Приложение 2	Европейское исследование профилей задач врачей общей практики: резюме вопросов.....	175



---

# Предисловие

Прошло почти 20 лет с момента, когда Алма-Атинская декларация выдвинула первичную медико-санитарную помощь во главу “повестки дня” политики здравоохранения. С тех пор значимость первичной медико-санитарной помощи была также подтверждена на практике, причем различными путями: отдельные страны предприняли важные шаги по ее укреплению, другие страны обосновали свою политику охраны здоровья исключительно на ее принципах. В другой группе стран, возможно наиболее многочисленной, непрерывные мелкомасштабные изменения в системах здравоохранения способствовали повышению роли первичной медико-санитарной помощи.

В Европе стремление к укреплению первичной медико-санитарной помощи было еще раз подтверждено в 1984 г., когда Европейское региональное бюро ВОЗ утвердило 38 задач по достижению здоровья для всех в качестве основы политики по охране здоровья в Регионе – как для Регионального бюро ВОЗ, так и – что наиболее важно – для самих государств-членов. Задачи четко определяют то, как должна использоваться первичная медико-санитарная помощь, в качестве основы здоровья и развития систем здравоохранения, а задача 28 непосредственно сконцентрирована на первичной медико-санитарной помощи. При формулировании политики ВОЗ подготовила структуру, которая может быть адаптирована к потребностям каждой страны.

Одной из сильных сторон первичной медико-санитарной помощи является то, что эта концепция может быть адаптирована к различным обстоятельствам. Так, в Европе она была определена так или иначе как предоставление диагностических и лечебных услуг, часто в комбинации с профилактикой заболеваний, дополняемое услугами по укреплению здоровья и реабилитацией. В рамках этого контекста, общая практика – или семейная медицина, как ее называют в отдельных странах – являлась основной профессиональной дисциплиной, вовлеченной в оказание первичной медико-санитарной помощи и бывшей зачастую стержнем услуг, вокруг которых развивалась первичная медико-санитарная помощь. Конечно, признание ключевой роли врачей общей практики в оказании первичной медико-санитарной помощи отнюдь не означает недооценки роли и функций медсестер, социальных работников и других медицинских работников, которые вносят значительный вклад в первичную медико-санитарную помощь.

Данная книга представляет очень четкую картину роли и функций общей практики в 30 государствах - членах Европейского региона ВОЗ. Эта публикация показывает общие черты, которые подчеркивают роль и место общей практики в странах, где различия в истории, культуре и политическом развитии могли привести к

расхождением в развитии общей практики как специальности. В книге показано, что несмотря на различия в развитии, почти во всех исследованных странах общая практика (или семейная медицина) развивается из области медицины, практикуемой профессионалами с незначительной специализированной подготовкой, в дисциплину с ее собственными отличительными чертами, в область профессиональной практики и корпус знаний. Общая практика занимает подобающее ей место в качестве одной из основных медицинских специальностей. Конечно, специфические характеристики общей практики варьируются между различными странами. Тем не менее, одним из основных выводов исследования, на котором основывается данная книга, является то, что эти различия касаются скорее организации, рабочих методов и функций общей практики, чем основного содержания и ключевых концепций специальности. Более того, несмотря на возможность выявления некоторых закономерностей, связанных с историческим развитием общей практики в исследованных странах, наблюдаемые различия зачастую совершенно игнорируют исторические, политические и культурные различия, характерные для этих стран.

Разделяемая многими и проиллюстрированная в этой книге концепция общей практики привела к тому, что Региональное бюро ВОЗ подготовило проект структурных основ общей практики/семейной медицины в Европе. В этом документе разработаны принципы и характеристики общей практики, обеспечивающие структуру, согласно которой отдельные страны могут сформулировать свои национальные курсы политики. В нем излагаются структурные условия, организационные улучшения и особенности профессионального развития, необходимые для прогресса общей практики. Структура подготовлена таким образом, чтобы бы быть в равной степени применимой к странам, где общая практика, как отдельная дисциплина, находится на ранней стадии своего развития, и к странам с давно сложившимися системами, которые нуждаются в укреплении. Данная книга иллюстрирует, как многие из этих принципов находят применение на практике.

При обзоре нынешнего состояния общей практики нельзя не заглянуть вперед, особенно в свете основных реформ здравоохранения 90-х годов, имевших место в Европейском регионе. Эти реформы активно обсуждались на конференции ВОЗ по реформам системы здравоохранения в Европе, проводившейся 17–19 июня 1996 г. в Любляне. Одним из выводов дискуссий является то, что первичная медико-санитарная помощь не только остается одним из основных вопросов политики охраны здоровья, но и получила, возможно, дополнительный новый импульс, так как одним из основных принципов Люблянской хартии по реформированию здравоохранения, принятой в конце конференции, была ориентация на реформирование первичной медико-санитарной помощи.

Существует множество причин такого интереса к первичной медико-санитарной помощи. В одних случаях они рассматриваются как способы сдерживания затрат или область, где приватизация может быть наиболее легко осуществлена. Другими факторами, способствующими такой тенденции, являются достижения медицинских

и информационных технологий. Однако какими бы ни были причины, общая практика должна отвечать этим новым обстоятельствам таким образом, чтобы соответствовать лучшим традициям уважения человеческого достоинства, отвечая потребностям равноправия, справедливости и гарантируя предоставление услуг высокого качества.

Мы в Европейском региональном бюро ВОЗ верим, что эта книга предоставит доказательства и анализ, которые необходимы профессиональным работникам здравоохранения и лицам, принимающим решения, вовлеченным в процессы реформирования здравоохранения, и, в частности, в развитие общей практики, в целях принятия обоснованных решений.

Д-р J.E. Asvall,  
Директор Европейского регионального бюро ВОЗ



---

# От авторов

В подготовку данной книги внесло вклад множество людей. Во-первых, мы выражаем признательность Европейскому региональному бюро ВОЗ за первоначальный стимул, приведший к формулированию структурных основ общей практики в Европе. В частности, мы выражаем признательность тем, кто оказал нам содействие в проведении европейского исследования профилей задач врачей общей практики. Мы особенно признательны тем, кто работал с нами, и хотели бы особо отметить трех из них за их вклад при написании отдельных глав: Diana Delnoij (глава 9), Lammert Hingstman (глава 10) и Peter Grienewegen (глава 18) из Нидерландского института ПМСП (NIVEL). И наконец, мы признательны Josep Goicoechea, работавшему региональным советником Европейского регионального бюро ВОЗ на момент написания книги и выполнявшему роль руководителя, а также Joan Dainty за ее секретарские навыки, столь помогшие при подготовке рукописи.

Мы благодарим национальных координаторов европейского исследования профилей задач врачей общей практики за их существенный вклад. Ниже приводятся имена национальных координаторов:

**Австрия:** Gerhard Holler (Вена)

**Бельгия:** Leo Pas (Берхем), Dominique-Jean Bouilliez (Наллинз)

**Болгария:** Petko Salchev (София)

**Венгрия:** Ivan Forgacs (Будапешт)

**Германия:** Ingbert Weber (Кельн)

**Греция:** Yannis Kyriopoulos (Афины)

**Дания:** Frede Olesen (Орхус), Lone Bak (Галтен)

**Израиль:** John Yape (Шимшон), Revital Gross, Dan Yuval (Иерусалим)

**Ирландия:** Brendan O'Shea (Наас, Ко. Килдаре)

**Исландия:** Hjalti Kristjansson (Вестманнаяр)

**Испания:** Bonaventura Volibar (Барселона), Daniel Prados Torres (Малага)  
 Lourdes Unzueta Zamalloa (Бильбао)

**Италия:** Gianluigi Passerini (Сондрио), Davide Lauri (Милан)

**Латвия:** Uldis Bruveris (Рига)

**Литва:** Irena Miseviciene (Каунас)

**Люксембург:** Romain Stein (Люксембург), Guy Meisch (Еш-зур-Алзет)

**Нидерланды:** Jouke van der Zee, Peter Groenewegen (Утрехт)

**Норвегия:** Knut Holtedahl (Тромсо)

**Польша:** Wlodzimierz Sapinski, Anna Salacinska (Лодзь)

**Португалия:** Zaida Azeredo (Порто)

**Румыния:** Adrian Restian, Cristian Oana (Бухарест)

**Словения:** Igor Svab (Любляна)

**Соединенное Королевство:** Derek Barford, Douglas Fleming (Бирмингем)

**Турция:** Niyazi Cakmak, Yael Taranto (Анкара)

**Финляндия:** Elise Kosunen (Тампере)

**Франция:** Claude Diaz (Париж)

**Хорватия:** Zelimir Jaksic, Hrvoje Tiljak (Загреб)

**Чешская Республика:** Jan Jaros, Jan Hartl (Прага)

**Швейцария:** Daniel Berger, Bernhard Güntert (Св. Галлен)

**Швеция:** Christine Nerbrand (Лунд), Kerstin Einevik-Bäckstrand (Стокгольм),  
Kristina Bränd Persson (Уппсала)

**Эстония:** Margus Lember (Тарту)

Финансовое обеспечение исследования взял на себя Европейский союз в рамках Программы БИОМЕД-1 (контракт ВМН1-СТ92-1636), при поддержке со стороны Европейского регионального бюро ВОЗ (Копенгаген, Дания), и осуществлялось под руководством Нидерландского института ПМСП (Утрехт, Нидерланды).

*W. G. W. Boerma, D. M. Fleming*

## Рецензенты

Европейское региональное бюро ВОЗ выражает благодарность следующим рецензентам за их ценные комментарии по рукописи:

Профессор Heidi-Ingrid Maagoos,  
Заведующий кафедрой поликлиник и семейной медицины,  
Тартуский университет  
Puusepa 1A,  
EE-2400 Tartu,  
Estonia

Д-р Igor Svab,  
Руководитель Центра популяционных исследований,  
Институт общественного здравоохранения Республики Словения,  
Trubarjeva 2,  
SI-1000 Ljubljana,  
Slovenia

Д-р Marianne Szatmari,  
Сотрудник ВОЗ по координации и связям,  
Бюро ВОЗ по координации и связям с Венгрией,  
Министерство социального обеспечения,  
Arany Jaanos u, 6-8,  
H-1051 Budapest V,  
Hungary

---

# Введение

Развитие основных принципов и структуры общей практики в Европе является частью комплексного процесса, нацеленного на повышение осознания роли общей практики в укреплении здоровья населения. На пути к достижению этой цели было множество промежуточных этапов или звеньев, к которым можно отнести совещания, проводившиеся под эгидой Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и при содействии со стороны пяти сотрудничающих центров ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи, Международного общества врачей общей практики (SIMG), Всемирной организации национальных колледжей, академий и академических ассоциаций врачей общей практики/семейных врачей (WONCA) и Нидерландского института первичной медико-санитарной помощи (NIVEL). Последние предложения по руководству представлены в этой публикации (Приложение 1), но основной целью книги является освещение тех элементов, которые являются жизненно важными для любого устава общей практики – термин, который используется почти как синоним первичной медико-санитарной помощи.

Книга предназначена как для администраторов/организаторов здравоохранения и исследователей в области социальных наук, так и для медицинских работников. Она нацелена на стимулирование реформаторов здравоохранения путем описания роли врача общей практики в различных медицинских учреждениях. Понимая, что ни в одной системе не может быть сочетания всех лучших (или худших) черт, реформаторам важно уметь признавать наличие как положительных, так и отрицательных черт в каждой из систем. Понятие структуры в большой степени связано с использованием предыдущих достижений и наработок и является естественным развитием политики достижения здоровья для всех, провозглашенной Европейским региональным бюро ВОЗ.

Научные и технологические достижения медицины, в частности за последние 50 лет, привели к изменениям в здравоохранении – от ситуации, когда один врач заботился почти обо всех потребностях своих пациентов, касающихся здоровья, к ситуации понимания необходимости подхода, основывающегося на слаженности и тесном коллегиальном взаимодействии. Новые специальности продолжают создаваться, и постоянно ощущается давление, побуждающее к специализации в еще более узких сферах оказания медицинской помощи. Никто не отрицает преимуществ, которые такая специализация несет с собой. Было показано, что прогноз для пациентов, страдающих от лейкемии и рака, в целом был лучше, если помощь им была оказана суперспециалистом третичного уровня<sup>1,2</sup>. Однако сверхспециализация угрожает целостности здравоохранения. Без соответствующей координации усилия узких специалистов здравоохранения подвергаются опасности фрагментации и дезинтеграции; и более того, дублирование усилий снижает эффективность затрат.

Координирующая функция является одной из обязанностей врача общей практики, называемого также семейным врачом. Чтобы дать подходящее определение врача общей практики, было приложено множество усилий, но мы приводим здесь одно из наиболее ранних, которое было опубликовано Королевским колледжем врачей общей практики в 1972 г.<sup>3</sup>

Врач общей практики это врач, который оказывает персональную, первичную и непрерывную медицинскую помощь отдельным лицам и семьям. Он может посещать своих пациентов на дому, принимать их в амбулаторных условиях и в отдельных случаях в стационаре. Он берет на себя ответственность за принятие первичного решения по каждой проблеме, с которой пациент обращается к нему, при необходимости консультируясь со специалистами. Он обычно работает в группе с другими врачами общей практики, в условиях, созданных или модифицированных для этих целей, при помощи коллег-парамедиков, соответствующего секретариата и необходимого оборудования. Даже если он работает в практике, где он является единственным врачом, он работает в команде и при необходимости делегирует полномочия. Его диагнозы состоят из физического, психологического и социального аспектов. Его вмешательства включают в себя образовательную, профилактическую и терапевтическую направленность для укрепления здоровья пациента.

Элементы данного описания, хотя и необязательно применимые ко всем странам, встречаются, причем нередко, в документе Европейского союза врачей общей практики (UEMO) по подготовке в области общей практики<sup>4</sup>. Центральное место врача общей практики было вновь подчеркнуто структурой профессионального и административного развития общей практики/семейной медицины в Европе, сформулированной под руководством Европейского регионального бюро ВОЗ. Это было позже подкреплено в отчете конференции ВОЗ-WONCA в Онтарио (ноябрь 1994 г.), резюме которого включает нижеследующее:

Фундаментальные изменения должны быть осуществлены в системе здравоохранения, медицинской профессии, в медицинских ВУЗах и других образовательных учреждениях для того, чтобы обеспечить потребность населения в медицинских работниках. Семейный врач (врач общей практики) должен играть центральную роль в системе здравоохранения в том, что касается достижения качества, эффективности и равноправия. Для выполнения этой роли, семейный врач должен обладать высокой степенью компетентности в вопросах оказания медицинской помощи пациентам и должен осуществлять интеграцию индивидуальной и коммунальной медицинской помощи. Сотрудничество Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и Всемирной организации семейных врачей (WONCA) по достижению этого является историческим.

Целью данной книги является разработка характеристик общей практики и изучение текущей ситуации в европейских странах. В одних из них до сих пор преобладает биомедицинская модель медицинской помощи, изложенная Flexner еще в 1910 г.<sup>6</sup>, тогда как более широкая модель био-психосоциальной концепции заболевания не получила развития: в этих странах рост общей практики приостановился. Акцентирование в ВУЗах биомедицинской модели и высокотехнологичной специализированной медицинской помощи является одной из

причин, вынудивших Stimmel<sup>7</sup> охарактеризовать первичную медико-санитарную помощь в США как находящуюся в состоянии кризиса и испытывающую нехватку врачей. Обучение, возможности карьеры, академическое признание и финансовое вознаграждение – все это части единого процесса создания и развития приемлемой профессиональной окружающей среды. В этой книге не все вопросы рассмотрены, хотя в начале мы и отмечали важность всех этих аспектов. Хотя книга и претендует на комплексность в широком смысле описания общей практики, она не имеет целью быть комплексной в деталях: и, конечно, существует множество литературы по каждой из тем, предложенных для обсуждения.

В первой части книги рассматривается природа общей практики и условия, подходящие для ее функционирования, включающие в себя административную структуру, обучение, обеспечение качества, профессиональный статус и финансирование. Во второй части книги представлены результаты исследования, в котором сравниваются задачи и деятельность врачей общей практики в европейских странах. В третьей части сообщается о некоторых последних изменениях и, в частности, обращается внимание на методы, используемые для их внедрения.

# Часть I

*Общая практика:  
Природа и условия*

---

# Глава 1      *Отличительные особенности общей практики*

Общая практика функционирует в рамках первичной медико-санитарной помощи. Определение первичной медико-санитарной помощи было дано Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) на встрече в Алма-Ате (1978 г.)<sup>8</sup> в нижеследующем виде:

Первичная медико-санитарная помощь составляет существенную часть медико-санитарного обслуживания, которая основана на практических, научно обоснованных и социально приемлемых методах и технологии, ставших повсеместно доступными как отдельным лицам, так и семьям на местах, благодаря их полному участию в этой работе при затратах, оправданных как для общины, так и страны в целом на каждом этапе развития, для обеспечения их самоопределения и самостоятельности в решении этих вопросов. Она составляет неотъемлемую часть национальной системы здравоохранения, ядром которого она является, и одновременно выступает как главный компонент общего социального и экономического развития общества. Она есть первая ступень в контакте между отдельными людьми, семьей, общиной и национальной системой здравоохранения, максимально приближающая медицинскую помощь к месту жительства и работы и образующая первый элемент непрерывного процесса охраны здоровья.

Всемирная организация национальных колледжей, академий и академических ассоциаций врачей общей практики/семейных врачей (WONCA) дала определение врача общей практики, как оказывающего комплексную помощь каждому отдельному лицу, обращающемуся за медицинской помощью, и при необходимости организующего другой медперсонал для оказания медицинской помощи. Понятие комплексной помощи отличает врача общей практики от других медицинских работников, работающих как на уровне первичного, так и вторичного звена. В документе, опубликованном WONCA в 1991 г.<sup>9</sup>, были определены требования, предъявляемые к врачу общей практики:

- **Комплексный характер медицинской помощи:** включает в себя не только лечебную помощь, но и реабилитацию, профилактику и укрепление здоровья. Она не ограничивается половой принадлежностью, категорией диагностики или одним эпизодом болезни и предполагает непрерывность на протяжении того или иного периода времени.
- **Координация:** ответственность по предоставлению отдельным лицам и семьям различных ресурсов здравоохранения, а также требование гарантии интеграции услуг врача общей практики в рамках всей системы здравоохранения.

- **Информационная основа:** клинические и персональные детали, которые должны быть известны врачу общей практики.
- **Доступность:** услуги врача общей практики должны быть доступны пациентам и другим медработникам в любое время.
- **Управление ресурсами:** стратегическая позиция врача общей практики подразумевает управленческую роль по распределению ресурсов здравоохранения.

Характеристика первичной медико-санитарной помощи, данная Starfield<sup>10</sup>, соответствует этим принципам, и, по мнению Starfield, речь идет об элементах, имевшихся в виду в Алма-Атинской декларации. Pereira Gray<sup>11</sup> обращал особое внимание на оказание помощи на дому. Он перечислил шесть основных черт, определив их как: первичная медико-санитарная помощь, помощь на дому, сфокусированность на семье, профилактическая помощь, непрерывность помощи и холистический подход. McWhinney<sup>12</sup> расширил этот перечень и, в частности, включил концепцию, согласно которой в качестве группы риска должно рассматриваться все население, а не только те, кто обращаются за консультацией. Мнение о том, что врачи общей практики играют гораздо большую роль в обществе, чем их первичные обязательства перед отдельными пациентами, широко распространено в Швеции. Например, в случаях, когда условия окружающей среды являются значительным фактором, в сферу деятельности врача общей практики вовлекаются и такие вопросы, как условия занятости и связанные с загрязнением опасности. Хотя в большинстве стран эти функции относятся в целом к кругу ведения коммунальных врачей (в противовес врачам, занимающимся оказанием индивидуальной помощи), эту важную функцию не следует отделять от общей практики. Голландская национальная ассоциация врачей общей практики определила перечень черт, сходных с вышеназванными, но с большим акцентом на специфической ответственности врача общей практики по оказанию соответствующей помощи: “Врач общей практики, во-первых, должен выяснить, есть ли потребность в помощи, и затем посмотреть, кем она должна быть оказана – им самим или другими поставщиками медицинских услуг”<sup>13</sup>.

Роли врача общей практики было уделено особое внимание в задачах ВОЗ<sup>14</sup> по достижению здоровья для всех. Врач общей практики не должен рассматриваться только как поставщик первичной медико-санитарной помощи, хотя его роль в ней особенно важна. Два других момента были отмечены в отношении внедрения политик профилактической и медицинской помощи, путем выездов к населению. Задача 28 определяет, что “к 2000 году, службы первичной медико-санитарной помощи во всех государствах - членах Региона должны удовлетворять основные потребности населения в области здравоохранения путем предоставления широкого спектра услуг по укреплению здоровья, лечению, реабилитации и оказанию поддержки, а также путем активного содействия отдельным лицам, семьям и группам по оказанию самопомощи”. Оговаривается, что это может быть достигнуто путем обеспечения

соответствующих количеств надлежащим образом подготовленных семейных врачей и медсестер для первичного медико-санитарного обслуживания. Особое внимание уделяется врачу общей практики, как центральному звену первичной медико-санитарной помощи.

Подытоживая, можно сказать, что роль врача общей практики заключается в обеспечении медицинской помощи, которая: универсально доступна для всех лиц, комплексна, непрерывна, ориентирована на пациента, является холистической по своему подходу, нацелена на семью, согласована с другими видами медико-санитарного обслуживания и создана в рамках соответствующей административной структуры.

---

## *Глава 2      Задачи врачей общей практики*

Можно было бы сказать, что путем описания характеристик, или “атрибутов”, практики мы определили задачи. Однако при теоретическом описании реальный мир и проблемы вариаций, разнообразия принимаются во внимание лишь в минимальной степени. Различие является чертой профессиональной независимости. Если предпочтение потере независимости в пользу оказания медицинской помощи, диктуемой исключительно управленческими протоколами, отдали бы лишь очень немногие, то весьма невелико и число тех, кто смотрит безучастно и невозмутимо на нынешние различия в медицинской эффективности, имеющие место почти во всех отраслях медицины. Примерами различий являются число кесаревых сечений<sup>15</sup>, операций на предстательной железе<sup>16</sup> и направлений от первичного на вторичный уровень медицинской помощи<sup>17</sup>. Одним аспектом помощи в общей практике, способствующим различиям, является “широкая зона неопределенности, в которой оптимальное лечение и ограничения эффективности не были научно установлены”<sup>18</sup>. В пределах этой зоны профессиональной неопределенности компетентность и уверенность врача общей практики играют важную роль. В дополнение к этим факторам профессиональное поведение может определяться коллективным влиянием, например, метода оплаты врачей общей практики. Так, в дополнение к различиям между отдельными лицами, другим источником вариаций являются национальные различия систем здравоохранения. Мы вернемся к вопросу различий после рассмотрения основных задач врачей общей практики.

### **Лечебная помощь**

Наиболее ясными задачами являются лечебные. Врачи общей практики ежедневно сталкиваются с большим разнообразием жалоб и состояний. По отношению ко всем консультациям, представленным в отчете четвертого исследования заболеваемости в Англии и Уэльсе<sup>19</sup>, доля острых респираторных инфекций составила 12%, а доля заболеваний уха, нервных расстройств, гипертензии, хронических заболеваний, связанных с обструкцией дыхательных путей, проблем со спиной и кожных заболеваний составила от 3 до 4%. Используя иную классификацию заболеваний, McWhinney<sup>12</sup> привел перечень наблюдавшихся семейными врачами симптомов в зависимости от частоты их проявления. Инфекции верхних дыхательных путей, боли различной локализации, лихорадка и раздражения кожи были наиболее часто встречающимися. Десять наиболее часто встречаемых состояний в голландском исследовании заболеваемости и вмешательств в общей практике были: инфекции

верхних дыхательных путей, миалгия/фиброзы, циститы и другие уроинфекции, острые бронхиты, кашель, синуситы, экзема, ушная сера, острый отит среднего уха и желудочно-кишечные инфекции<sup>20</sup>.

Все эти перечни характеризуются схожестью: многие из состояний являются самоограничивающимися и не требуют никаких терапевтических вмешательств. Однако искусство врача общей практики именно в том и заключается, чтобы уметь преодолеть разрыв между случаями, когда пациент с головной болью убежден, например, что у него менингит или кровоизлияние в мозг, и предоставлением соответствующих медицинских советов и рекомендаций с учетом индивидуальных обстоятельств. Эта задача не всегда является легкой, и здесь требуются навыки обследования и использования соответствующих диагностических исследований. Groenewegen et al.<sup>21</sup> описали ответы на недифференцированные симптомы у пациентов в виде ряда диагнозов, поставленных в рамках самой практики (58% от всех обращений); диагнозов, поставленных вне практики (5%), лечение в практике (59%), назначения лекарств (65%), направлений на вторичный (специализированный) уровень оказания медицинской помощи (6%) и направлений к другим “предоставителям” первичной медико-санитарной помощи (3%). Эта статистика показывает спектр задач, осуществляемых в рамках общей практики, но они даны в виде приблизительного руководства, так как индивидуальные вариации в структуре и процессе помощи приводят к значительным различиям. Исследование характера консультаций в Германии<sup>22</sup> показало, что в среднем пациенты обращались к врачу общей практики 13 раз в году, по сравнению с Соединенным Королевством<sup>19</sup>, где эта цифра составила 3, и 3,3 в Нидерландах<sup>20</sup>. Расходы на уровне стран на лекарственные средства, отпускаемые по рецептам, также широко различаются<sup>23</sup>. Взаимодействие между первичным и вторичным звеном видится в различных странах Европы по-разному, и, следовательно, частота направлений к специалистам различается, но удивительно, что диапазон вариабельности является сходным во всех странах<sup>17</sup>. При рассмотрении международных различий важным является рассмотрение различий в “универсальности медицинской помощи”, предлагаемой общей практикой. В некоторых странах специалисты – такие, как гинекологи, педиатры, дерматологи и эндокринологи, работают в учреждениях первичного уровня, и сравнения с действительно комплексно работающими врачами общей практики оказываются ограниченными.

Финансовые условия общей практики влияют на степень вовлеченности врачей общей практики в оказание медицинской помощи. Хорошо оснащенные офисы с достаточно квалифицированными врачами общей практики и вспомогательным персоналом, располагающими необходимым временем и чей труд хорошо оплачивается, имеют возможности для более глубокого обследования пациентов. Это не просто вопрос компетенции отдельных врачей, но также вопрос создания соответствующих стимулов для поощрения оптимальной работы. Повышенная эффективность высокоспециализированных врачей в определенных сферах оказания медицинской помощи уже отмечалась во введении к этой публикации. Стимулируя создание хороших рабочих условий на первичном уровне, нельзя недооценивать

важности оказания услуг соответствующими специалистами по ведению определенных заболеваний. Задача лиц, принимающих решения, лежит в определении правильного соотношения. Не существует веского экономического аргумента в пользу направления на вторичный уровень тех пациентов, которые могли бы в равной степени эффективно и к тому же более экономично лечиться на первичном уровне. Рабочие взаимоотношения между врачами общей практики и другими работниками первичной медико-санитарной помощи, равно как и между врачами общей практики и другими специалистами вторичного уровня, являются важной предпосылкой и условием для успешного медицинского обслуживания общества.

## Профилактическая помощь

Возможности профилактической помощи в общей практике огромны. За период времени, который был охвачен четвертым исследованием заболеваемости в Англии и Уэльсе<sup>19</sup>, 78% населения обратилось за консультацией по поводу проблем со здоровьем или за профилактической помощью. Сходная доля была и в Нидерландах<sup>20</sup>. В то время как соотношения меняются в зависимости от пола и возраста, никто не отрицает, что зачастую существуют возможности для предоставления профилактической помощи. Для консультаций во многих европейских странах характерно большее взаимодействие врача и пациента, чем в вышеназванных двух странах. McWhinney<sup>12</sup> суммировал профилактическую помощь, предоставляемую на уровне общей практики, подразбив ее на 4 типа:

- рутинные программы иммунопрофилактики среди детей;
- образовательные программы по вопросам здоровья (в частности, консультирование и рекомендации по здоровому образу жизни, а также обучение пациентов, как справляться с проблемами, связанными со здоровьем);
- наблюдение за развитием (в частности, рутинное педиатрическое наблюдение и антенатальная помощь);
- скрининг и выявление (например, гипертонии; маммография или скрининг шейки матки), проводя различие между скринингом на коммунально-общинном, общепопуляционном уровне и выявлением заболевания врачами общей практики у своих пациентов, относящихся к группе риска.

Возможности профилактической помощи оптимизируются наличием хороших личных отношений между врачом и пациентом. В этих условиях выполнение рекомендаций врача и уважительное к ним отношение усиливаются. Однако профилактические услуги зависят от наличия хороших записей и сложившихся систем регистрации пациентов для медицинского обслуживания у того или иного конкретного врача или в отдельной практике. Наличие акта регистрации определяет врача, который несет ответственность за предоставление профилактической помощи; а без него такой

ответственности не существует. Однако во многих странах акт регистрации рассматривается как ограничение свободы пациента. Важно, чтобы пациент (а также и врач) могли в любое время поменять регистрацию к другому врачу. Пациент может потребовать предоставления профилактической помощи от врача независимо от того, у кого он зарегистрирован, но врачи способствуют укреплению здоровья путем активного предоставления услуг, как это и отмечалось многими авторами в других главах, и они должны знать тех, за кого они ответственны. Аналогичным образом должны существовать адекватные финансовые механизмы, поддерживающие программы профилактической помощи. Для эффективной организации предоставления профилактической помощи врачами общей практики напрямую (через подчиненный им персонал) или косвенно (через связанных с ними медицинских работников) необходима соответствующая административная структура. Финансовые стимулы для достижения определенных уровней профилактической помощи (путем целенаправленных оплат) оказались эффективным способом обеспечения высоких уровней охвата иммунизации и проведения цитологических исследований шейки матки в Соединенном Королевстве<sup>24</sup>. Целевая оплата, дополненная обслуживанием определенных контингентов населения, стимулировали врачей к выявлению виновных в неплатеже<sup>25</sup> и обеспечению надлежащего уведомления, информирования о стоимости профилактических услуг<sup>26</sup>.

“Профилактическая помощь” или “укрепление здоровья” стали популярными концепциями в медицинском мире с 1990-х гг. Соответствующая медицинская помощь и рекомендации отдельным лицам при консультировании могли бы рассматриваться как одна сторона спектра предоставления профилактической помощи, а проведение скрининга – как другая сторона. Важно вспомнить десять критериев скрининга, перечисленных ниже Wilson<sup>27</sup>.

- состояния, подлежащие скринингу, должны быть серьезными;
- наличие приемлемого лечения для пациентов с данным заболеванием;
- наличие учреждений диагностики и лечения;
- должна существовать признанная латентная или ранняя симптоматическая стадия;
- наличие соответствующего теста или обследования;
- тест или обследование должны быть приемлемы для населения;
- должно существовать адекватное понимание естественного развития заболевания от латентной стадии до явных проявлений заболевания;
- должна существовать согласованная политика в вопросе о том, кого следует считать пациентами;
- затраты на выявление (включая диагностику и последующее лечение пациентов) должны быть экономически сбалансированы по отношению к расходам на медицинскую помощь в целом;
- выявление заболеваний должно быть постоянным, а не однократным процессом.

Программы укрепления здоровья должны основываться на доказательной медицине, и врачи должны опираться на научные подходы при рассмотрении целесообразности и соответствия своих действий. Центр Cochrane был создан специально, чтобы развивать практику путем использования доказательной медицины<sup>28</sup>. Профилактика может быть первичной, например иммунопрофилактика, или вторичной, представляющей собой проактивные действия по диагностике отклонений от нормы на ранних стадиях и предпочтительно до проявления основного заболевания (цитология шейки матки является идеальным примером). Однако, термин вторичной профилактики был расширен для включения в него разработки программ по ранней диагностике, например маммографии. Также существует третичная профилактика: например, защита от риска вторичного инфаркта миокарда путем оказания особого внимания всем возможным факторам риска, после первичного эпизода инфаркта миокарда.

Наиболее ценной работой “на этом конце спектра” профилактической помощи, кроме первичной или вторичной профилактики, возможно, являются образовательные программы по здоровью или формирование здорового образа жизни (пропаганда и укрепление здоровья). Потенциальные возможности ограничения табакокурения значительны: на личном примере; путем активного консультирования в критические периоды (например, во время оказания контрацептивной или антенатальной помощи); осуществлением рутинной записи наличия привычки курить; созданием клиники по поддержке отказа от табакокурения в рамках своей практики; а также путем политического лоббирования. Врачи не могут игнорировать массу научных доказательств и аргументов, свидетельствующих явно не в пользу табакокурения.

Границы, отделяющие укрепление здоровья от медико-санитарного просвещения, трудно определить. Хотя лишь очень немногие врачи захотели бы взять на себя ответственность за проведение обучения по половому воспитанию, но, возможно, этот вопрос следовало бы рассмотреть как часть их интегрированной функции в рамках первичной медико-санитарной помощи. Для баланса можно было бы заявить о большей предпочтительности для врачей общей практики внесения вклада в программы по половому воспитанию, нежели взятия на себя ответственности за их проведение.

В определенных обстоятельствах рутинное наблюдение за населением является обязанностью врача общей практики. Примерами этого являются наблюдение за здоровьем детей, антенатальная помощь и рутинное наблюдение за лицами в возрасте старше 75 лет по идентификации проблем утрачиваемых функций. При всей похвальности этих действий их не следовало бы пропагандировать, если нет соответствующих необходимых поддерживающих учреждений или необходимых для решения выявленных проблем средств: например, слуховых протезов, услуг на дому и возможностей для удовлетворения социальных потребностей. Политика ВОЗ по достижению здоровья для всех, в частности, предусматривает удовлетворение потребностей инвалидов, психически неполноценных и других уязвимых членов

общества. Работники первичной медико-санитарной помощи являются наиболее подходящей группой для работы с ними.

## Паллиативная помощь

“Паллиативная помощь является активной частью медицинской помощи оказываемой пациентам, заболевания которых не подлежат лечению. Контроль или содействие преодолению боли или других симптомов, а также психологических, социальных или духовных проблем является первостепенной задачей. Целью паллиативной помощи является достижение как можно более лучшего качества жизни, как пациентов, так и их семей”<sup>29</sup>. Забота о пациентах, которым в основном показано паллиативное лечение, является в большой и даже очень большой степени задачей врачей общей практики. По возможности, такие пациенты наблюдаются у себя дома с помощью специалистов по медсестринскому делу, известных в Соединенном Королевстве как медсестры Макмиллана. Врачи общей практики зачастую должны заниматься этой категорией пациентов и посвящать им много времени и усилий – особенно в отношении снятия боли, хотя они также получают поддержку и со стороны коллеги-специалиста. Эффективная паллиативная помощь может быть улучшена путем координации поддержки, оказываемой семьей, и в этом случае семейный врач имеет особое преимущество.

## Координация

Положение врача общей практики в первичной медико-санитарной помощи является центральным и должно поэтому обеспечивать использование соответствующих ресурсов для представления медицинской помощи и социальных услуг пациенту. Это требует либо координации, либо коммуникации, а также навыков и способностей сказать либо “нет”, либо “да” в ответ на предъявляемые запросы. Недостаток координации может повредить преемственности и эффективности оказания медицинской помощи, делая ее тем самым неэффективной и даже затратной. Хотя логическим выбором на роль координатора в большинстве случаев является врач общей практики, в определенных обстоятельствах для этой роли могут подходить и другие члены команды первичного звена. Медсестра или акушерка, работающая на коммунально-общинном уровне, может выполнять эту роль особенно хорошо. Ведение отдельных случаев имеет отношение к отдельным пациентам. Ведущий врач – будь то врач общей практики или кто-то другой, должен рассмотреть случай со всех сторон и быть ответственным за назначение и пересмотр лечения. Координация предполагает надлежащее сотрудничество между профессионалами в системе предоставления медицинской помощи включая совместные консультации. Работа междисциплинарной команды в первичном звене может включать в себя деятельность медсестер, социальных работников, физиотерапевтов, психиатрических работников и акушеров, работающих на общинном уровне. Вспомогательный персонал будет также вовлечен

в соответствующие области практики. Фрагментированная структура медицинской помощи, в которой дисциплины разделены, затрудняет координацию. Препятствием для сотрудничества могут быть различия статуса и профессиональное соперничество. Для эффективной координации необходимо наличие адекватной информации по предоставляемым услугам, как в рамках предоставления медицинской помощи, так и в виде услуг добровольных организаций – таких, как группы самопомощи.

Часто считается, что координация важна для повышения эффективности использования ресурсов здравоохранения. Однако она в неменьшей степени важна и для оптимизации лечения отдельных пациентов. Когда медицинская помощь оказывается врачами различных специальностей, существует опасность, что лекарства, соответствующие одному набору проблем, окажутся в неблагоприятном взаимодействии с лечением, назначенным по другому комплексу проблем со здоровьем. Время от времени, врач, занимающий координирующую позицию, должен принимать произвольное решение в отношении наиболее важной проблемы, подлежащей лечению. Если координация медицинской помощи возводится в ранг формальной, официальной обязанности, то координаторы должны наделяться достаточной властью для выполнения этой своей согласующей функции.

## Управление практикой

Задачи практики, непосредственно связанные с оказанием помощи пациентам, являются наиболее приоритетными. Тем не менее, в организации первичного процесса помощи выполнение задач управления практикой является совершенно необходимым. Общая практика представляет собой организацию или предприятие, для которых характерна логически последовательная и комплексная деятельность, направленная на достижение определенных целей. Чтобы организация функционировала должным образом, необходимо обеспечить выполнение широкого спектра управленческих задач. Они определены следующим образом<sup>12,13,30,31</sup>.

- **Постановка цели.** Цели связаны с ожиданиями в отношении качества медицинской помощи. Например, пациенты с неотложными состояниями должны осматриваться в тот же день; и, по возможности врачом по их выбору; артериальное давление пациента должно регистрироваться по меньшей мере раз в пять лет; пациенты с гипертонией или диабетом должны находиться под наблюдением с определенным интервалом; и т.д.
- **Население, обслуживаемое практикой.** С этим контингентом необходимо определиться. Если не существует процедуры регистрации, все пациенты, находившиеся под наблюдением в предыдущий период, должны рассматриваться как население, обслуживаемое данной практикой<sup>32</sup>.
- **Оценка неудовлетворенных потребностей.** Различают два типа неудовлетворенных потребностей: во-первых, пациенты могут не знать об

определенных потребностях, связанных со здоровьем, и, во-вторых, та или иная потребность может остаться вне внимания врача общей практики. Потребности могут оцениваться путем проведения периодических обследований или путем рутинного наблюдения, как, например, в случае рутинного наблюдения за пожилыми лицами.

- **Оценка результативности деятельности.** Оценки процесса, направленные на анализ практики<sup>33</sup> и позволяющие определить степень удовлетворенности пациента, весьма полезны и целесообразны. В равной степени, соответствующее внимание должно уделяться пациентам с жалобами по поводу предоставленной помощи. Основной целью непрерывного обучения медработников является поддержание на оптимальном уровне навыков, компетенции и результативности их деятельности.
- **Адекватный доступ и готовность к оказанию помощи.** Наличие готовности к предоставлению помощи должно рассматриваться в контексте 24-часового дня и семидневной недели. Доступ к медицинским услугам означает возможность для пациента контакта с врачом и получения консультации. Трудности доступа для пациентов-инвалидов должны учитываться.
- **Эффективное управление персоналом, оборудованием, помещениями и административной инфраструктурой.** Врачи общей практики зачастую сосредотачивают свои усилия на оказании медицинской помощи пациентам в ущерб задачам управления. Более того, многие из них не имеют никакой подготовки по менеджменту. Однако такое отставание и отсутствие должного внимания ведут к субоптимальной организации практики и, как следствие этого, к субоптимальному оказанию медицинской помощи.

## Ответственность на коммунально-общинном уровне

Хотя большая часть задач врача общей практики ориентирована на пациента, существуют также задачи, которые могут рассматриваться как относящиеся к ответственности на коммунально-общинном уровне. Конечно, от врача общей практики требуется, чтобы он диагностировал определенные инфекционные заболевания, выписывал свидетельства о смерти, когда это необходимо, и, в общем, действовал как лицо, удостоверяющее проблемы, связанные со здоровьем. Кроме этих “уставных” требований, ожидается, что врачи общей практики должны быть достаточно бдительны, выполнять процедуры по выявлению неблагоприятных реакций на лекарства и готовы к проблемам, связанным с риском возникновения профессиональных заболеваний, например, астмы<sup>34</sup>. Эти обязанности должны интерпретироваться на основе научных доказательств; врач общей практики не должен бить тревогу, не имея достаточных на то оснований.

Существуют другие вопросы, которые связаны с защитой населения от риска, связанного с возникновением специфических ситуаций. Примерами этого могут быть

опасные психические больные, эпилептики за рулем и лица, обратившиеся к врачам общей практики за помощью по поводу травм и повреждений, связанных с серьезными уголовными преступлениями. Во всех этих ситуациях ответственность врача общей практики перед отдельным лицом, включая вопрос конфиденциальности, должна взвешиваться по отношению к общей ответственности перед обществом.

Более широким измерением помощи, оказываемой на коммунально-общинном уровне, является так называемая “дозорная” (или контрольно-выборочная) практика. Сети таких практик, в которых врачи общей практики предоставляют регулярную информацию по заболеваемости, были созданы во многих европейских странах. Они предназначены прежде всего для информирования местных властей в частности и населения в целом о распространении эпидемических заболеваний. Типичным примером деятельности такой сети является мониторинг гриппа, требующий сотрудничества между врачами общей практики и вирусологами, а также между странами – например, европейскими<sup>36</sup>.

## Факторы, влияющие на результативность практики

Различия в эффективности деятельности врачей в целом и в деятельности отдельных врачей в частности хорошо документированы<sup>15,16,17,33</sup>, но их важно рассматривать в свете различных факторов, влияющих на деятельность врача общей практики.

Эти вариации в распределении заболеваний четко связаны с возрастом, полом, расовой принадлежностью, культурными характеристиками и эндемичностью региона. Менее четкие вариации связаны с социальным классом, потреблением табака и образом жизни. Население, обслуживаемое отдельной практикой, представляет собой различные сочетания пациентов, в зависимости от этих характеристик, и поэтому вариации неизбежны.

Помимо этого, существуют переменные, которые связаны с отправной точкой для консультации. Как отмечалось ранее, диапазон различий между странами является весьма значительным, а именно: от 13 консультаций на пациента в год в Германии до 3 консультаций в Соединенном Королевстве и Нидерландах. Большие различия существуют даже в пределах одной и той же страны.

Различия в структуре медицинской помощи весьма важны. Возможно, наибольшую озабоченность у врачей вызывают различия, связанные со степенью обеспеченности населения врачами и наличие относительного баланса между врачами, работающими на первичном и вторичном уровнях оказания медицинской помощи. Влияние на результативность деятельности в системе здравоохранения, где врач первичного звена выполняет роль фильтра по отношению ко вторичному уровню оказания медицинской помощи, отличается от влияния на эффективность в системе, в которой пациенты

имеют прямой доступ к специалистам. Приближенность и наличие неотложной помощи и других видов медицинских услуг в стационарах может также влиять на продуктивность деятельности врача общей практики в отношении определенных типов проблем.

Оказывают свое воздействие и финансовые моменты. С одной стороны, существуют ситуации, когда пациенты не платят ничего на момент консультации даже при посещении на дому: врач общей практики оплачивается по подушевому принципу (например, в Нидерландах услуги врачей общей практики оплачиваются по подушевому принципу применительно к двум третям обслуживаемого населения); и возможности оплаты в зависимости от вида услуг ограничены. С другой стороны, как показывает пример Франции, пациенты сами оплачивают различные услуги, предоставляемые врачом, и затем возмещают большинство своих затрат через страхование, хотя уровни и ставки устанавливаются министерством здравоохранения. В Германии существует система возмещения затрат, но правительство не вовлечено в определение уровней возмещения, и это врач, а не пациент обращается в страховую компанию с заявкой по статьям оказанных услуг. В системах, основанных на подушевой оплате, существует неизбежное давление со стороны врачей общей практики ограничить услуги, в то время как в системах, основанных на непосредственном возмещении, существует финансовый стимул к увеличению числа предоставляемых услуг.

В конечном итоге, существуют различия, которые связаны с врачами или практиками, а не с какими-то ранее перечисленными чертами. В исследовании, где возраст, пол и социальная принадлежность пациентов были стандартизованы, принципы направления пациентов к специалистам врачами общей практики (работающих в практике) рассматривались по каждому из основных разделов Международной классификации болезней. Исследование показало, что частота направлений в практике была ранжирована сходным образом, вне зависимости от природы заболевания, подлежащего лечению<sup>37</sup>. Было сделано заключение, что основным решающим фактором в принятии решения по направлению был не пациент и не его заболевание, а сам врач. Изучая направления к специалистам, Grof et al.<sup>38</sup> обнаружили также, что отношение врача общей практики к взятию риска на себя было также весьма существенным фактором, влияющим на решение о направлении. Wijkel<sup>39</sup> показал, что врачи общей практики, работающие в составе многодисциплинарных групп, имеют более низкие уровни направлений по сравнению с работающими иным образом.

Если различия в продуктивности или результативности деятельности воспринимаются как неизбежное последствие профессиональной свободы – и в этом контексте рассматриваются, даже как достоинство – есть ли необходимость пытаться сдерживать это? Проблемой является не факт различий, а степень этих различий. Имеются практики, в которых затраты по таким существенным статьям расходов, как назначение лекарств и направление пациентов к специалистам, превышают

соответствующие расходы в аналогичных других практиках в два раза<sup>40</sup>. Существует тенденция к постепенному продвижению в сторону управления практикой с помощью использования протоколов и путем разработки профессиональных руководств по определенным аспектам общей практики, причем делается это не только для ограничения различий, но и для повышения качества медицинской помощи. В Нидерландах в настоящее время можно насчитать более 30 примеров в таких областях, как ведение больных с фарингитами и ангинами, астмой в детском возрасте, повышенным уровнем холестерина в крови, деменцией и сахарным диабетом<sup>41</sup>.

---

## *Глава 3 Место общей практики в системе здравоохранения*

### Медицинская помощь и болезнь

В 1963 г. Last<sup>42</sup> дал описание “айсберга” медицинской помощи и привлек внимание к большому числу людей, имеющих проблемы со здоровьем, с которыми они не спешили обращаться за консультацией к врачу. Большая часть этих проблем была связана с заболеваниями в определенный период без лечения, но их наличие подчеркнуло важность самопомощи как части системы здравоохранения. Самопомощь предполагает определенную степень компетенции родителей, “управляющих” заболеваниями своих детей, а также принятие соответствующих решений по вопросам своего здоровья самими заболевшими. Характерная для такой самопомощи уверенность частично передается от родителей к детям, отчасти благодаря основывающемуся на здравом смысле подходу к медицинской помощи в школах и отчасти благодаря разумным советам и рекомендациям санитарок, медсестер и врачей общей практики, когда пациенты обращаются к ним за консультацией. Решение обратиться к врачу общей практики не обязательно является следствием серьезности проблемы. Существует множество культуральных факторов, которые оказывают влияние на процесс принятия решений. Потребность в медицинской помощи зависит в определенной мере от степени поддержки со стороны семьи, друзей и др. Оказывают также свое влияние и такие различающиеся от страны к стране факторы, как наличие лекарств в аптеках и их стоимость. Не существует единого европейского законодательства в отношении наличия лекарств. В некоторых странах антибиотики могут приобретаться без рецепта.

Если принято решение проконсультироваться по поводу той или иной проблемы со здоровьем с профессиональным работником, то обычно первый, к кому обращаются, это врач общей практики. Это связано с природой общей практики, где проблемы, с которыми обращаются пациенты, широко варьируются как по медицинскому, так и по социальному содержанию. Например, последовательность консультаций, с которыми обращаются пациенты, может быть, например: ребенок с острой респираторной инфекцией, пожилой человек после инсульта, молодая мама с кризисом депрессии, мужчина средних лет, нуждающийся в обычном менеджменте диабета, и, наконец, молодая женщина с гинекологическими проблемами. Во многих таких случаях специфика требуемой помощи ясна, но бывает множество ситуаций, в которых представленная симптоматика маскирует критические черты существующей медицинской проблемы. Возвращаясь к вышеназванным примерам: “под маской” простой инфекции верхних дыхательных путей у ребенка может скрываться менингит; наличие инсульта может быть сопутствующим заболеванием при скрытой форме рака

легкого; у молодой женщины с серьезным обострением депрессии может выявиться наличие наркотической зависимости; простое обращение на предмет обследования по поводу диабета может быть способом, который мужчина использует как подход к врачу для обсуждения проблемы импотенции; гинекологические проблемы, с которыми обращается женщина, могут быть способом выражения стресса, связанного с замужеством.

Врач общей практики должен прежде всего выяснить не только возникшую проблему, как таковую, но также и все связанные с ней особенности, имеющие отношение к этому обращению за консультацией в данный момент. Важность уточнения не должна недооцениваться. Только после этого можно говорить о сколько-нибудь рациональном ведении болезни; в некоторых случаях может потребоваться привлечение других сотрудников первичного звена, а в других случаях – направление к специалисту. Даже после того, как совет специалиста получен, врачу общей практики приходится и дальше заниматься ведением болезни, и ему, возможно, придется объяснить пациенту природу диагностических вопросов, тип процедур, необходимых для обследования, и имеющиеся терапевтические альтернативы. Некоторые из пациентов, направленные к узким специалистам, могут нуждаться в дальнейшем перенаправлении. Во многих сферах медицины третичного уровня врачи работают по очень узкой специализации. Каждый из этих функциональных уровней оказания помощи имеет соответствующий уровень администрирования, и для каждого из них характерен оптимальный целенаправленный контингент населения. Предложение Fry<sup>43</sup> представлено на рис. 3.1.

## Здравоохранение как система

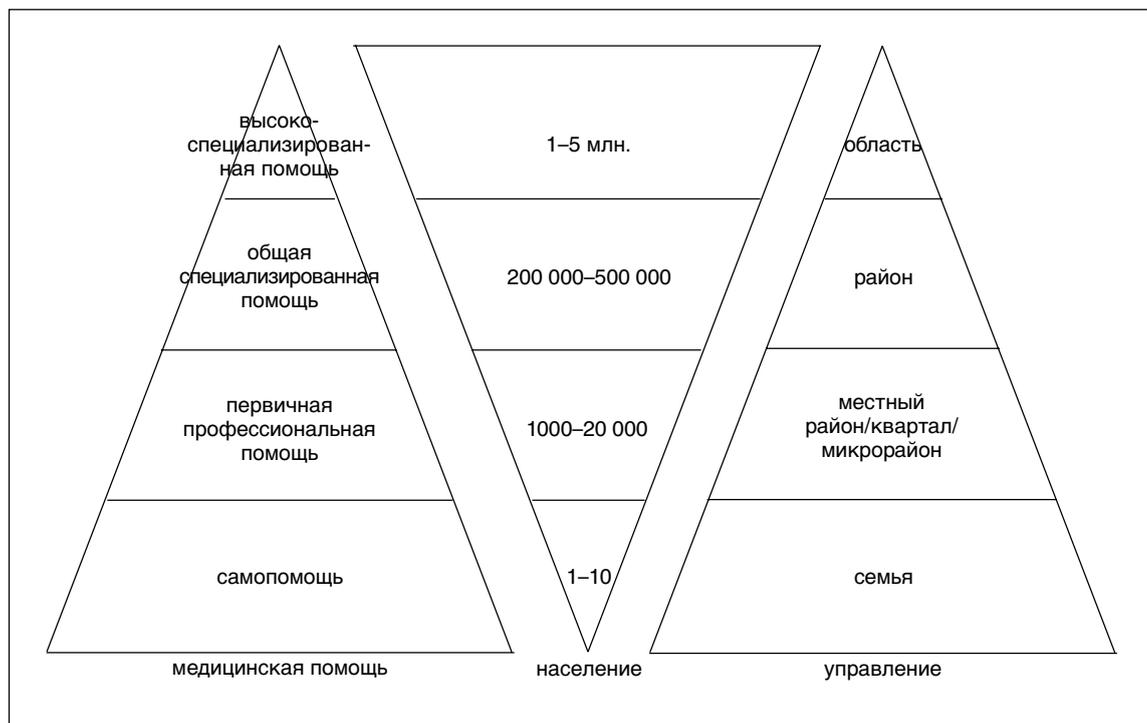
В этом разделе мы коснемся характеристик системы, которые имеют непосредственное отношение к первичной медико-санитарной помощи:

### *1. Автономия*

Хотя врачи и предпочитают свободу в определении политики медицинской помощи, они работают в обществе, в котором расходы определяются правительством. Расходы на здравоохранение растут быстрее, чем рост экономики в среднем по Европе. Эта нежелательная ситуация и такая динамика не могут продолжаться бесконечно. Медицинские работники некоторых Западных стран противостояли политическому и экономическому давлению по ограничению расходов на здравоохранение, так как пользовались такой степенью профессиональной самостоятельности, которая отсутствовала у других профессиональных групп, например у учителей. В других восточноевропейских странах медицинские работники не находятся в столь привилегированном положении.

### *2. Разделение труда*

Такая сложная система, как медико-санитарная служба, требует соответствующего распределения кадровых ресурсов. За последние 30 лет наблюдался значительный



**Рисунок 3.1** Уровни оказания медицинской помощи, охват населения и административное управление<sup>43</sup>.

рост числа специалистов и специальностей за счет общей практики. В результате найм кадров для общей практики представляет собой серьезную проблему во многих странах<sup>7</sup>. Эффективная система требует соответствующего распределения кадровых ресурсов, но во многих странах этому вопросу не уделялось должного внимания. Для того чтобы медицинская помощь была наименее затратным и эффективным способом, необходимо решить следующие вопросы:

- какое число студентов должно обучаться ежегодно;
- уровень услуг, требуемый от работающих врачей (в контексте общей практики, сколько пациентов должно обслуживаться врачом общей практики, в зависимости от числа консультаций);
- какое давление должно оказываться на врачей для того, чтобы они практиковали в менее привлекательных частях страны;
- какие процедуры должны быть внедрены для того, чтобы добиться рационального распределения врачей между первичной и вторичной помощью, между терапией и хирургией, и между теми, кто работает в лабораторной службе, и выполняющими административные функции.

### **3. Общие цели**

В идеальном мире цели операционной системы были бы четко определенными. Однако здравоохранение стало слишком сложной системой, чтобы конечные цели имели всеобщую применимость. В результате этого цели системы здравоохранения имеют тенденцию быть выраженными в виде процесса, а не конечных результатов. По меньшей мере, операционные цели должны служить для пользы и блага всего сообщества. По вопросам, связанным со здоровьем, люди не должны различаться и подвергаться дискриминации по причине бедности, расовой принадлежности или неблагоприятных обстоятельств.

### **4. Согласованность и координация**

Они являются отличительными признаками интегрированной системы. Существует всего несколько стран, в которых имеется интегрированная система медицинской помощи. В некоторых странах недостаток координации представляет собой проблему и своего рода вызов для самой концепции системы. Во Франции, например, пациенты могут нередко обращаться напрямую к врачам вторичного уровня или быть проконсультированы ими на основе рекомендаций, полученных ими от врача общей практики без какой-либо связи или коммуникации с ним<sup>17</sup>. Это означает, что здесь не существует никакого рекомендательного представления в связи с направлением или диалогом между двумя сторонами о продолжении или непрерывности наблюдения за пациентом. Профессиональная самостоятельность, если она принимает форму самостоятельности индивидуальных подгрупп, является основным препятствием для рационального развития интегрированного медицинского обслуживания.

Отсутствие общих рабочих целей и координации ведет к неэффективному использованию ресурсов в здравоохранении. Имеется тенденция к тому, что пациенты не всегда находятся под наблюдением соответствующего врача, и ресурсы специалистов могут использоваться расточительно. Диагностические процедуры и лечение могут дублироваться, и это само по себе вызывает неудовлетворенность у пациентов. Введение координирующей структуры первичного звена, сфокусированной на общей практике, считается в настоящее время ответом на многие проблемы систем здравоохранения стран. Если это решение будет принято, то придется внедрить процедуры регистрации пациентов и обеспечить выполнение врачом общей практики роли фильтра ко вторичному уровню оказания медицинской помощи.

## **Положение общей практики**

### **Профессиональная автономия**

Возможно, что наиболее важной предпосылкой общей практики как особой дисциплины является ее признание другими коллегами-специалистами. Во многих странах положение врача общей практики является слабым по сравнению с другими специалистами, что также усугубляется низкой оценкой, слабой подготовкой, низкой

оплатой труда и конкуренцией со стороны специалистов<sup>44</sup>. Однако врачи общей практики не имеют автоматического права на признание, это должно быть обосновано их деятельностью. Pereira Gray<sup>45</sup> различает четыре фазы в эволюции общей практики, как дисциплины:

- признание того, что врачи общей практики располагают отдельной областью знаний и им необходим академический орган для ее развития;
- формирование такой академической структуры;
- создание литературы, характеризующей или дающей описание знаний, являющихся результатом усилий тех, кто применяет эту дисциплину на практике;
- признание другими, кто находится вне этой дисциплины, академической структуры и обществом в целом (представленное государством).

Эти четыре стадии могут быть отслежены в опыте развития общей практики в Соединенном Королевстве и Нидерландах. Королевский колледж врачей общей практики был основан в 1952 г., но ему вначале противостояли отдельные профессиональные организации специалистов. Решающим моментом в развитии Голландского колледжа была Ваудсотенская конференция, на которой было выработано базовое описание работы голландского врача общей практики, которое впоследствии стало одним из основополагающих положений Леувенхорстской группы<sup>46</sup>. Оба колледжа создали свои научные журналы. Первая кафедра общей практики была учреждена в 1963 г. в Эдинбурге и вторая в Утрехте в 1965 г. Это было академическим признанием общей практики. Публикации научных статей и книг и повышенная академическая деятельность, а также большее число врачей, получающих более высокие степени, укрепили статус врача общей практики в этих двух странах<sup>45-47</sup>. В обеих странах существуют определенные периоды последипломной подготовки по общей практике, соответствующие программы непрерывной подготовки и ассоциации, защищающие интересы врачей общей практики.

### **Защищенная позиция**

Жизненно важным и необходимым условием для общей практики является обеспечение взаимопонимания и уважения между врачами общей практики и специалистами. В системе здравоохранения нереалистично ожидать, что врачи общей практики будут действовать в качестве координаторов, если эта система позволяет в тоже время специалистам конкурировать с ВОП, предоставляя возможности для прямого доступа к ним. Кроме того, роль фильтра важна не только по экономическим соображениям, но и для обеспечения успеха общей практики, как основной формы предоставления медицинской помощи.

Роль фильтра может быть обеспечена различными способами. Первым путем является соблюдение условия направления от первичного уровня ко вторичному; такая установка очень эффективна как в Соединенном Королевстве, так и в Нидерландах, где она полностью соблюдается в системах здравоохранения – и в еще большей степени – в частной

практике. В Дании и Испании данное условие также соблюдается, хотя прямой доступ имеется лишь к ограниченному числу узких специалистов. Совершенно иным является положение в Бельгии и Франции, где пациенты могут проконсультироваться напрямую у любого специалиста.

Направление от первичного звена на вторичный уровень имеет и обратную сторону, а именно, направление с вторичного уровня на первичный. Если направление не имело место изначально, то больной не будет направлен обратно для обеспечения непрерывности обслуживания. В некоторых системах здравоохранения (например, в Канаде), возмещение расходов за медицинскую помощь в рамках системы медицинского страхования выше, если пациент был первоначально направлен к специалисту врачом общей практики.

Другим аспектом успешной общей практики является необходимость сведения к минимуму возможности делать всевозможные покупки повсеместно. Там, где пациенты могут предъявлять свои запросы, в условиях имплицитно подразумеваемой опасности того, что они будут стараться удовлетворить свою потребность в ином месте до тех пор, пока она не будет удовлетворена, имеется возможность неприемлемого и недопустимого давления на врача общей практики. Например, хороший медицинский совет может быть связан с отказом пациенту в снотворном средстве. Однако, если доход врача зависит от того, чтобы “сделать приятное пациенту”, то тогда ситуацию недопустимого конфликта можно создать с легкостью и запросто. Системы регистрации пациентов необходимы, чтобы ограничить конфликт, однако пациенту должна предоставляться возможность заменить врача общей практики. Вместе с тем, частая смена вступает в противоречие с принципом непрерывности предоставления медицинской помощи, так как общая практика существует на пересечении разных видов помощи, как это было описано van Es<sup>31</sup> (см рис. 3.2). Если врачи общей практики хотят контролировать движение пациентов вдоль “этих дорог”, то тогда существенную роль должно играть контролирование ими мест пересечения этих “дорог” и устранение обходных/обводных путей.

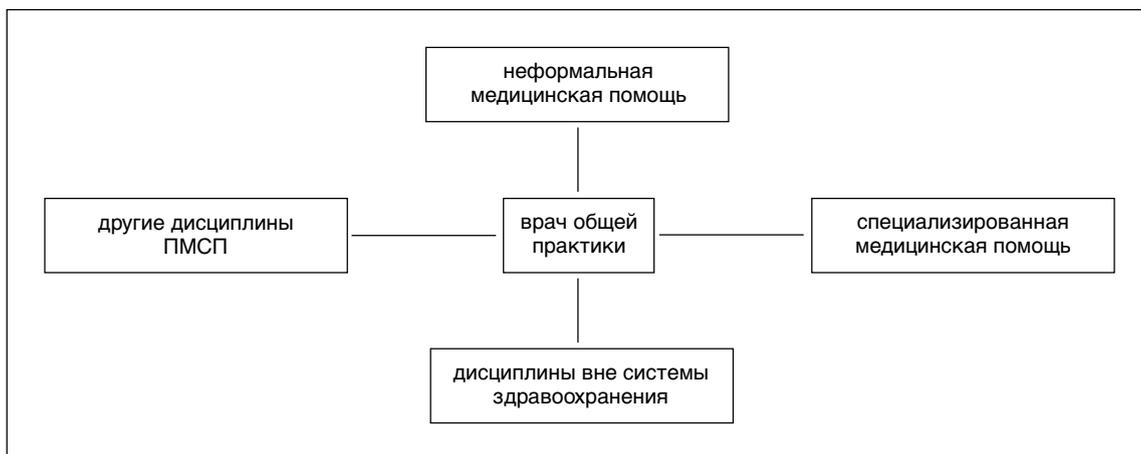


Рисунок 3.2 Общая практика на перепутье<sup>31</sup>.

---

## *Глава 4      Рабочая окружающая среда врача общей практики*

В этой главе мы рассмотрим, во-первых, рабочие взаимоотношения между коллегами-профессионалами, а затем условия работы и организацию практик.

### **Работа в команде первичной медико-санитарной помощи**

Важность работы в команде уже ранее обсуждалась. Условия, которые способствуют эффективной работе в команде, зависят, в первую очередь, от хороших рабочих взаимоотношений между членами команды. Такие отношения начинаются с уважительного отношения к профессиональной позиции друг друга. Врачи общей практики владеют определенными умениями и навыками, и в этом плане они являются превосходными специалистами, но они оказывают медицинскую помощь людям, которым во многих случаях требуется экспертиза других специалистов. Важно, чтобы врач общей практики признавал их экспертизу. Кроме того, каждому из членов команды необходимо признавать те обстоятельства, в которых свобода отдельного профессионала должна быть подчинена корпоративной мудрости. Необходимо также уважительное отношение не только к власти, но и к позиции лица, принимающего решение.

Важность и значимость тесного взаимодействия в процессе совместной деятельности усиливается по мере повышения специализации. Достижения медицинской технологии требуют не только все большей “сверхспециализации”, но и повышают важность групповой работы и координации усилий по оказанию медицинской помощи. Весьма важны состав и условия работы команды. Число работающих в составе команды и распределение навыков между ними должны удовлетворять потребности обслуживаемого населения. Молодое население с высоким уровнем рождаемости потребует относительно большего числа акушерок и медперсонала, в то время как пожилое население нуждается больше в физиотерапевтах и уходе на дому.

Важность навыков коммуникации между врачом общей практики и пациентом уже упоминалась и будет обсуждаться дальше, но здесь необходимо отметить важность коммуникации между членами команды, оказывающими первичную медико-санитарную помощь. Воегта<sup>48</sup> и Marsh<sup>49</sup> определили целый ряд возможностей для контактов между членами команды. Они включают в себя ежедневные утренние собрания для решения неотложных проблем; ежемесячные встречи, где могут

разрабатываться пути и способы достижения консенсуса; клинические собрания; собрания персонала регистратуры (возможно, во время обеденного перерыва); и, наконец, собрания, касающиеся деловых вопросов/бизнеса и организации практики.

Для того чтобы работа команды была эффективной, необходимо определить границы ответственности. Формула, которая включает в себя фиксированный список пациентов врача общей практики, участок обслуживания участковой медсестры, которая может быть подотчетна врачу района, и территорию обслуживания стационаром для работника психиатрической службы, подотчетного врачу-психиатру, является большим несчастьем для коллегиального взаимодействия и слаженности работы в составе команды. Необходима четкая устремленность, нацеленность на обеспечение структурной целостности первичной медико-санитарной помощи<sup>50</sup>. Эта задача будет невыполнимой, если управленческая цепь ответственности/командная вертикаль имеет место своим основанием разношерстную группу отдельных лиц, которые независимы друг от друга. Координатор (или руководитель команды) нуждается в достаточной власти, позволяющей работать эффективно. В частности, здесь может быть проблема, если отдельные члены команды работают по контракту, в то время как другие находятся на зарплате.

Оптимальный численный состав команды не определен. В Соединенном Королевстве отмечалось значительное увеличение масштабов партнерства с момента создания Национальной системы здравоохранения в 1948 г. В 1990 г. три четверти населения были зарегистрированы в практиках тремя или более общепрактикующими врачами, работающими в партнерстве. К 1990 г. число индивидуальных практик в целом снизилось до 40% от суммарного числа 1952, а число практик с двумя врачами – до 75%. Число же больших практик с пятью-шестью врачами общей практики увеличилось, наоборот, в 20 раз. Групповая практика в Соединенном Королевстве стимулировалась в финансовом отношении, и многие отмечают, что положение общей практики было укреплено путем создания групповых практик. Одним из недостатков больших практик является вынужденная необходимость иметь довольно многочисленные команды медработников первичного звена. Команды должны располагать значительным набором умений и навыков, но размеры практик могут стать слишком большими<sup>51</sup>. Тенденция к работе в группах также характерна для Нидерландов, хотя там еще большое число врачей общей практики работают в индивидуальных практиках. Индивидуальные практики являются обычным делом для Франции и Бельгии.

## Взаимосвязь со специалистами

Во-первых, необходимо проводить различия между первичной медико-санитарной помощью и вторичной, а также между амбулаторной и стационарной помощью. Наибольшее отличие первичной помощи от вторичной связано с доступностью. Непосредственная доступность помощи для пациента применима только к первичной

медико-санитарной помощи; тогда как вторичная помощь включает в себя направление от первичного звена. Понятие “амбулаторная помощь” применимо как по отношению к первичной, так и по отношению ко вторичной помощи. Узкие специалисты в некоторых странах (например, в Германии) иногда работают как в сфере первичной, так и амбулаторной помощи, но только не на уровне вторичного звена. Во многих странах специалисты вторичной помощи работают в стационарах. Определив границы между первичной и вторичной помощью, существует также необходимость определения институциональной процедуры формальных взаимоотношений между ними. Естественно, что это не является заменой менее формальных местных взаимоотношений.

### **Модели доступа и роль фильтра**

Профессиональные взаимоотношения между врачом общей практики и специалистом зависят от доступности специализированной помощи. Существует четыре способа возможного описания доступа от первичной ко вторичной помощи, в том, что касается фильтра или контролера доступности вторичной помощи. Во-первых, существуют ситуации, в которых врач общей практики осуществляет исключительный контроль, и это применимо как к национальным системам, так и к частной медицине. Эта модель, в целом, применима к Дании, Италии, Нидерландам и Соединенному Королевству. Во-вторых, есть ситуации, в которых доступ ко вторичной помощи контролируется первичным звеном, но правом дачи направлений обладает не только врач общей практики, но и ряд работников первичной медико-санитарной помощи, как, например педиатр, гинеколог, акушер, работающие на коммунально-общинном уровне. Эта модель существует в Испании. В третьей модели, контроль является исключительной прерогативой служащих стационара, занимающихся госпитализацией. Это характерно для Германии. В данной ситуации служащий по госпитализациям старается обеспечить поток пациентов к соответствующему специалисту в стационаре. Здесь нет и понятия координации с первичной медико-санитарной помощью, и на деле пациенты могут иметь независимый доступ к специалистам амбулаторной помощи. В четвертой модели не существует вообще никакого контроля.

В практических целях роль фильтра выполняется только в первой и второй моделях, и только в них врач общей практики может как-то координировать или обеспечивать непрерывность оказания медицинской помощи. Методы доступности отражаются также на нагрузке и сложности случаев, находящихся на лечении у врача общей практики или специалиста, и это, в свою очередь, отражается на затратах на здравоохранение, на административной организации медицинских услуг, а также на типе взаимодействия, коммуникации между врачами на уровне оказания медицинской помощи отдельным пациентам.

### **Сложность случаев**

В ситуациях, где имеется непосредственный доступ к специалистам, специалисты, работающие по определенным специальностям, – таким, как педиатрия, гинекология

или офтальмология, будут иметь дело с особой группой пациентов, чьи проблемы явно связаны с данными специальностями. Доступ по направлению от первичного звена имеет место, как правило, после проведения предварительной оценки, в результате которой будут направлены лишь некоторые из пациентов. Эта группа будет включать в себя пациентов, кто наиболее серьезно болен, и тех, кто, возможно, оказывал давление на своих врачей первичного звена в такой степени, что те в дальнейшем инициировали направления, чтобы вернуть чувство уверенности самим себе или успокоить своих пациентов. Поэтому при определении необходимости направления важной является компетенция. В некоторых случаях на процесс перенаправлений влияет система вознаграждения, оплаты труда. Вероятность того, что врач общей практики, получающий оплату за конкретные услуги или виды обслуживания, перенаправит своего пациента к кому-то еще, мала. При подушевой системе вознаграждения или при выплатах зарплаты врач общей практики может быть заинтересован в том, чтобы направлять пациентов к специалистам, так как такое действие может рассматриваться как перестраховка на случай неудовлетворенности пациента или судебной тяжбы. В тех же случаях, когда направления должны оплачиваться за счет практики (как в практике фондодержания в Соединенном Королевстве), налицо давление, вынуждающее направлять пациента только тогда, когда есть достаточно веские на то основания.

### **Затраты на оказание медицинской помощи**

В целом, затраты на медицинскую помощь ниже на уровне первичного звена, чем на уровне оказания вторичной медицинской помощи. Это связано, в основном, с повышенными затратами в стационарах по сравнению с медицинскими центрами или практиками. Кроме того, весьма чувствительным является вопрос контроля доступа ко вторичной медицинской помощи через систему направлений к специалистам. Финансовая сторона не должна рассматриваться как основная или единственная проблема. Распределение средств, в особенности медперсонала различных специальностей, базовая компетенция врача общей практики, и то, что широкие слои населения, оплачивающие обслуживание, ждут от здравоохранения – все это должно рассматриваться и учитываться.

### **Административное управление**

Административная машина существует только для того, чтобы контролировать поток пациентов, управлять системой записей и регистрации и распределять ресурсы. Другой частью административной функции является отслеживание существующей практики. В обстоятельствах, где система здравоохранения требует наличия логического потока от первичной медико-санитарной помощи на вторичный уровень, административные процедуры должны гарантировать отсутствие обходных путей и способов отхода от принятой методики.

### **Коммуникация со специалистами**

Контролируемый доступ от первичного уровня усиливает взаимодействие, обуславливая, во-первых, взаимодействие для того, чтобы направить к специалистам,

и, во-вторых, взаимодействие, чтобы сообщить результаты такого направления. С одной стороны, всегда существует потенциальная возможность для необоснованного направления (возможно, “сверхмедикализации” ситуации)<sup>52</sup> и, с другой стороны, для отказа в направлении, что приводит к задержке в лечении. Поскольку мы все должны учиться на нашем собственном опыте, желательно, чтобы в направлении содержались следующие элементы<sup>31</sup>: анализ проблем и предъявленные жалобы; анамнез истории болезни; соответствующие социальные и профессиональные условия; цель направления.

## Взаимосвязь со стационарами

Права на госпитализацию для врачей общей практики не относятся к числу распространенных явлений в Европе. Чтобы врачи общей практики использовали стационары эффективно, необходимо соответствующее и специальное обучение. В США, например, врачи общей практики занимаются лечением пациентов в отделениях коронарной помощи и осуществляют аппендэктомии. В Соединенном Королевстве только несколько врачей общей практики располагают стационарными учреждениями, которые, в основном, используются как “коттеджные стационары”. Это были небольшие стационары, в основном, в сельской местности и которые использовались для оказания гериатрической и неинтенсивной медицинской помощи. В Финляндии и Хорватии некоторые из ее крупных медицинских центров имеют возможности для госпитализации пациентов в небольшие палаты.

Tarrant<sup>53</sup> и Schattner и Dunt<sup>54</sup> рассмотрели преимущества доступа врача общей практики к стационарам – это повышенная удовлетворенность работой, улучшенное качество медицинской помощи и усиление роли врача общей практики в качестве координатора. Недостатки относились, в основном, к материально-технической и административной сфере, хотя в некоторых ситуациях под вопросом оказывалась компетенция врача общей практики.

---

## Глава 5 Условия практики

В этой главе рассматривается организация общей практики. Организация связана с контрактными требованиями и функциями врача общей практики, которые различаются от страны к стране.

### Помещения и персонал

#### Помещения

Обеспечение практики помещениями может быть, с одной стороны, ответственностью государства, когда учреждения предлагаются врачам общей практики, желающим их использовать; или, с другой стороны, помещения могут приобретаться и достраиваться врачами общей практики, работающими в условиях свободного рынка. Для обеспечения адекватности помещений необходима соответствующая национальная политика. В Соединенном Королевстве существовали проблемы с обеспечением подходящими помещениями в местностях, где цены на собственность были особенно высоки. В центральном Лондоне, например, цены на собственность так высоки, что было очень трудно нанять врачей общей практики для работы там, где им пришлось бы покупать долю помещения, причем даже при существовании для врачей схем возмещения с учетом рыночных цен.

Национальная политика по помещениям должна быть реалистичной и строиться с учетом средств, имеющихся для приобретения или строительства помещений, а также отвечать требованиям, предъявляемым к учреждениям первичной медико-санитарной помощи. Необходимо помнить, что больные люди могут быть не в состоянии подниматься по лестнице, могут быть инвалидами или передвигаться на инвалидных колясках (необходимы широкие дверные проемы), страдать от рвоты или диареи (с соответствующими требованиями в отношении туалетов) или иметь инфекционные заболевания (и должны направляться в отдельную комнату для обследования).

Помещения также должны подбираться с учетом коммерческих условий и требований. Помещения для практики в местности с десяти тысячным населением должны быть рассчитаны на оборот пациентов, посещающих врача общей практики, в 600–700 человек в неделю (исходя из существующих уровней посещения в Соединенном Королевстве; в Германии же могут потребоваться большие мощности). Другими требованиями являются наличие регистратуры, телефонной связи, туалетов, комнат ожидания, помещений для архива и хранения оборудования. Дополнительными помещениями могут быть комнаты для другого медперсонала – практических

медсестер, консультантов, мануальных терапевтов и др. Величина комнат ожидания и другие помещения и средства обслуживания будут зависеть от характера системы назначений посещений (записи пациентов на прием). Если нет системы предварительной записи, то понадобится больше помещений. Необходимо также помнить о важности условий для обеспечения уединения, конфиденциальности и т.п., что также требует большего пространства, чем потребовалось бы для чисто коммерческих ситуаций.

Кроме того, существуют вопросы, связанные с непосредственной рабочей окружающей средой для всего медперсонала. В Нидерландах минимальный размер для комнаты консультаций был определен в 14 м<sup>2</sup>, а комнаты для обследований – в 7 м<sup>2</sup>.

Мы не собираемся рассматривать индивидуальные национальные условия, а хотим отметить важность наличия адекватных помещений на уровне первичного звена и обеспечения надлежащей основы для этого. В тех странах, где основное развитие в системе здравоохранения осуществлялось, главным образом, на вторичном (специализированном) уровне оказания медицинской помощи, государство в том или другом виде финансировало развитие стационаров. Такое же мышление, учитывающее специфику больничных учреждений, должно применяться и к учреждениям первичной медико-санитарной помощи.

### **Вспомогательный медперсонал**

Вспомогательный медперсонал включает в себя тех, кто облегчает осуществление административных операций в рамках практики, и этот персонал не следует смешивать с другими категориями профессиональных работников, занятых в сфере практики. К непосредственным обязанностям вспомогательного персонала относится следующее: отвечать на телефонные звонки, назначать время встреч, оказывать помощь пациентам, испытывающим трудности, заполнять карточки и распространять информацию (информационные листы, связанные с различными аспектами практики или с решением конкретных проблем здоровья). Другие категории профессиональных работников включают, например, медсестер, занимающихся непосредственным выполнением медицинских процедур и процедур детального обследования пациентов, стерилизацией инструментов, медико-санитарным просвещением и т.д. Для проведения большинства видов деятельности требуются отдельные помещения.

Кроме того, существуют управленческие и секретарские функции. Если общая практика направлена на поощрение групповой практики и оказание интегрированной медицинской помощи, то тогда необходим менеджмент в рамках практики, (имеется в виду не клинический менеджмент или менеджмент клинических ситуаций, а скорее коммерческий менеджмент по управлению практикой как бизнесом). Необходима соответствующая иерархическая структура управления персоналом, интегрированная на различных уровнях ответственности.

Функции секретаря практики ясны и очевидны, но вовлеченность в организацию практики является потенциально очень неопределенной и расплывчатой. Деятельность практики должна постоянно отслеживаться, и определенное число аудиторских задач возлагается таким образом на секретаря или того, кто работает в регистратуре<sup>55</sup>. В частности, когда предоставляется значительное число платных услуг, процедуры заявок и возмещения затрат должны соответствующим образом контролироваться. Хотя в настоящем описании не ставится цель охватить все обязанности вспомогательного персонала, в нем рассматриваются потребности в помещениях для персонала. Эти помещения для персонала должны обеспечиваться в соответствии с законодательством каждой отдельной страны.

Кроме того, также возрастает необходимость учитывать оснащенность помещений оборудованием для обучения и конференций. Разумеется, нет необходимости выделять каждому лицу или для каждой функции отдельную комнату для исключительного пользования, но по меньшей мере одна большая комната должна предоставляться для деловых целей и обучения. Другим важным требованием является наличие помещения для проведения обучения среди населения или санитарно-просветительской работы. Это помещение будет отличаться от конференц-холла или учебных помещений, так как оно будет ориентировано больше на группы пациентов – включая, например, матерей и детей, классы для антенатального просвещения молодых матерей и отцов, лиц, посещающих групповую терапию в рамках программ отказа от курения или борьбы со стрессом.

Если рассматривается вопрос строительства помещения для учреждения первичного звена, то рекомендуется проконсультироваться с архитекторами, являющимися специалистами именно в этой области. Эргономические особенности движения потоков пациентов, специфические проблемы пациентов, наличие нескольких правильно размещенных туалетов, учет требований по размерам помещений для хранения записей, – все это аспекты дизайна медицинского центра, требующие опыта специалиста.

## **Оборудование**

Помещения и оборудование являются частью единого интегрированного комплекса. В своем исследовании семи отобранных единиц оборудования Воегма<sup>44</sup> продемонстрировал северо-южное разделение в Европе, с использованием большего числа оборудования на севере. Были сделаны попытки дать описание стандартного пакета<sup>56</sup>. Однако речь здесь идет не о том, каким оборудованием должна быть обеспечена практика, а о том, какое оборудование имеется в наличии. Д-р Marsh, врач общей практики из северной Англии, сформулировал эргономический подход к доступности оборудования следующим образом:

У меня со стороны стола, по правую руку, имеется несколько карманов на стене, в которых находятся: аппарат для измерения артериального давления, неврологический молоточек с щеткой и иголочками

на ручке, ручка/фонарик, рулетка, увеличительное стекло, ножницы с затупленными краями, отоскоп с несколькими воронками, шпатели, языкодержатели, среднего размера С-образный камертон, измеритель роста/веса, спирометры для детей и взрослых, ватные шарики, термометры и стетоскоп. Кроме того, имеются листки для назначений, различные сертификаты и отрывные листки для направления пациентов в клинику сосудистых заболеваний, “клинику здоровых мужчин”, малую хирургию и т.д. Основным принципом является то, что все это должно быть в наличии и готовности для немедленного использования, в постоянном хорошем рабочем состоянии и доступно в положении сидя (на рабочем стуле)<sup>49</sup>.

## **Компьютерная техника**

Хотя она и является частью хирургического оборудования, компьютерная техника особенно важна и здесь рассматривается отдельно. И то, что компьютеры заменят бумажные записи, всего лишь вопрос времени<sup>57</sup>. В Соединенном Королевстве остаются определенные опасения юридического характера, связанные, в частности, с концепцией “проведения аудита”. Эти опасения связаны с возможностью того, что записи могут быть изменены, возможно, даже умышленно, и тогда важная историческая информация может быть потеряна. Механизм хранения записей на оптических дисках снизил эти опасения, но остается масса вопросов, требующих решения. И все же в принципе информация, сохраненная на таком диске, не может быть изменена или стерта, и поэтому необходимая информация может быть потеряна только при разрушении диска. Когда система “проведения аудита” создана, любое внесение изменения будет отмечено – время, лицо, которое внесло изменение, и само его содержание. Есть вопросы размеров компьютеров, и необходимо принятие решений, касающихся природы и количества информации, подлежащей хранению. Однако если компьютеры заместят бумажные записи, мощности компьютеров должны измеряться не в килобайтах, а гигабайтах. Мы бы не хотели вдаваться в обсуждение того, что в деталях должно храниться, но необходимо отметить, что компьютеризированная информационная система практики должна обслуживать потребности:

- в аккуратных записях взаимодействия врача и пациента;
- комплексных записей, включающих результаты всех обследований тестов (как негативных, так и позитивных выводов), назначения и направления;
- интегрированной информационной системы первичной медико-санитарной помощи так, чтобы соответствующие записи могли быть обозримы и добавлены другими поставщиками первичной медико-санитарной помощи;
- интегрированной информационной системы вторичной медико-санитарной помощи, с тем чтобы соответствующие записи могли быть обозримы и добавлены другими поставщиками вторичной помощи, к кому пациент был направлен;
- национальной информационной системы, так чтобы записи могли быть отсканированы для предоставления информации по заболеваемости и, в частности, по изменениям ее уровней во время эпидемий;

- информационной системы, которая бы позволяла определять неблагоприятные эффекты, связанные с приемом лекарств.

Чтобы отвечать этим целям, отдельные части записей должны оставаться в форме свободного текста (например, точные детали истории болезни, с отметкой времени по минутам и с особенностями описания симптоматики); другие же записи должны быть в классифицированной форме (например, диагнозы и лекарства). Если используются классификационные системы, то они должны быть комплексными и достаточно детальными, чтобы охватить большинство специфических диагностических терминов, даже если такой уровень детализации не способствует сбору статистических данных об уровне использования ресурсов здравоохранения или распространенности заболевания.

В дальнейшем необходимо тщательное определение областей данных. Информация о симптомах, обнаруживающихся у пациентов, не “взаимозаменяема” с информацией по оценке диагноза или о плане действий врача.

Этот раздел – не лучшее место для рассмотрения всех аргументов, связанных с наилучшим использованием компьютеров в практике. Однако необходимо отметить то, что компьютеризированным информационным системам должно быть отведено высокоприоритетное место в интегрированной системе предоставления первичной медико-санитарной помощи. В Соединенном Королевстве были предприняты усилия по определению минимального стандарта компьютерных записей<sup>58</sup>.

Рассмотрение вопроса компьютерной техники не может быть осуществлено без рассмотрения вопроса конфиденциальности и защиты данных. От всех врачей требуется следовать тому принципу, что вся медицинская информация конфиденциальна. В большинстве европейских стран, за небольшим исключением, пациенты имеют право видеть, какая информация хранится в компьютерных записях; однако они могут внести изменения в них только в случаях фактической погрешности или неверности этой информации. Вторым по значимости вопросом является использование анонимных специфических данных по каждому пациенту, и этот вопрос был недавно прояснен Советом Европейского союза<sup>59</sup>. Однако здесь мы обсуждаем компьютерные медицинские записи в свете требований ведения пациентов. Вопросы использования данных для эпидемиологических целей не являются предметом нашего обсуждения.

## Доступность для пациентов

Медицинская помощь в первичной медико-санитарной помощи, сфокусированная на общей практике, должна быть организована таким образом, чтобы облегчить доступ для пациентов. Наличие доступа должно быть постоянным, а в случаях, когда помощь недоступна, должны предусматриваться способы информирования населения о возможностях для получения необходимой медицинской помощи.

## **Местоположение практики**

Помещения практики должны располагаться в пределах приемлемых расстояний от места жительства пациентов. Ясно, что комплексная медицинская помощь может быть оказана фактически только минимуму населения, и следовательно, определять стандарт, применимый по всей стране, было бы, пожалуй, нецелесообразным. Однако органы управления здравоохранением должны признать необходимость обеспечивать наличие местных ресурсов. То, что пациенты в отдаленных районах будут иметь ограниченный выбор практик (или врачей), неизбежно. Соглашение между врачом и пациентом по обращению и оказанию медицинской помощи должно включать в себя обязательство врача посещать пациента на дому. “Помощь на расстоянии” противоречит принципу доступности, равно как и концепции оказания интегрированной семейной медицинской помощи. Люди могут работать на расстоянии 10 км от места проживания, но желательным является получение медицинской помощи всей семьей в одной практике; предпочтительно также, чтобы медучреждение находилось близко к месту жительства, а не к месту работы.

Конечно, месторасположение практики в основном связано с распределением населения. Врачи общей практики оказываются под влиянием многих факторов<sup>60,61</sup>, включающих перспективы дохода, привлекательность местности, цены на жилье и адекватность профессиональных контактов, в частности близость медицинских школ. В условиях, где действуют правила свободного рынка, имеется тенденция к тому, что молодые врачи стремятся устроиться на работу в наиболее благоприятных местах, избегая трудных, непривлекательных и трудных для проживания частей города. Для поддержания сбалансированного распределения кадров по всей стране необходимы финансовые стимулы.

## **Замещение практики**

Вопрос доступа включает в себя и предоставление отпусков. В практиках, основанных на партнерстве, эти вопросы решаются совместно путем взаимных договоренностей между партнерами. В индивидуальных практиках ситуация более сложная, и нанимаются врачи общей практики, временно исполняющие обязанности. Желательны создание списка временно исполняющих обязанности врачей общей практики и отслеживание качества и приемлемости оказываемой ими помощи. Однако в большинстве практик такие лица выявляются путем личных контактов и непосредственного опроса местных жителей. Любые обязательства по оказанию постоянной медицинской помощи потребуют обращения к временно исполняющим обязанности для оказания помощи в неотложных случаях. Существуют споры о необходимости мониторинга качества помощи, оказываемой временно исполняющими работу, и по вопросу их вознаграждения за проделанную работу. Пренебрежение процедурой мониторинга оставляет лазейки и возможности, позволяющие неопытным и недостаточно подготовленным врачам общей практики временно заменять врачей в их отсутствие. Если чрезмерное вмешательство административной машины в вопросы контроля этого аспекта деятельности практики

является недопустимым, то наличие соответствующей процедуры регистрации является желательным и допустимым.

В идеальных обстоятельствах заменяющий должен работать в обычных помещениях практики, должен иметь доступ ко всем касающимся пациентов записям и возможность делать записи самому. В некоторых ситуациях такое лицо используется не столько для временного замещения врача общей практики во время его отпуска или при заболевании, а скорее для выполнения неотложной работы ночью или в выходные. Как отмечалось выше, необходимо гарантировать, чтобы неотложная помощь не оказывалась “второсортными” врачами, так как отдельные виды неотложной помощи могут требовать высочайшего уровня компетенции.

### **Посещения на дому**

Всегда будут пациенты, нуждающиеся в посещениях на дому. Пациенты, получающие регулярно медикаменты, нуждаются во врачебном наблюдении время от времени, даже если это имеет место только дважды в год. Больные и инвалиды могут быть не в состоянии сами посещать врача в предназначенных для практики помещениях, какими бы хорошо продуманными и оборудованными эти здания и помещения ни являлись для доступа и приема пациентов-инвалидов.

Кроме того, посещения на дому являются существенной частью обязанностей врача общей практики. Это дает дополнительную возможность оценить потребности пациента с учетом его жизненного уровня и таким образом представляет важную дополнительную информацию, необходимую для ведения больного. Эффективные посещения на дому требуют наличия доступа к медицинским записям пациента, а также внесения информации о существенных характеристиках домашних условий.

Не всегда врач общей практики посещает больного на дому и делает записи о его бытовых условиях, так как это может быть сделано другим медперсоналом первичного уровня. Так, в Соединенном Королевстве, большинство посещений на дому с целью медицинского обследования лиц старшего возраста выполняется в настоящее время практическими медсестрами. Однако желательно, чтобы записи, сделанные врачом общей практики, содержали всю соответствующую информацию. Это особенно важно для пациентов с инвалидностью. Старение населения в Европе несомненно увеличит потребность в достоверной информации о домашних условиях пациентов.

Существует имплицитное требование к врачу общей практики уметь водить автомашину. Вряд ли при этом стоит особо упоминать, но представляется очевидным, что умение водить является одним из условий найма врача общей практики.

Некоторые из контраргументов в отношении посещений на дому должны быть рассмотрены<sup>62,63</sup>. Первым из них является проблема сверхзатрат времени. В обзоре, сделанном Fleming<sup>64</sup>, отмечалось, что одно посещение на дому равно по времени трем

приемам пациентов в практике. Хотя этот аргумент и не свидетельствует о целесообразности отмены посещений на дому по экономическим соображениям, он тем не менее указывает на то, что посещение на дому не должно рассматриваться в качестве замены амбулаторного визита, если в это время нет обоснованных причин, говорящих о необходимости конкретного визита на дому. В некоторых районах городов существуют серьезные проблемы парковки автомашин. Это еще более повышает затраты времени, и иногда врачу вообще не удастся припарковать машину поблизости от места проживания пациента. При некоторых обстоятельствах на дому отсутствуют возможности для тщательного обследования пациента из-за плохого освещения, отсутствия подходящего заменителя кушетки определенной высоты, ограниченности оборудования, которое врач может взять с собой, отсутствия помощника, а также потому, что условия для мытья рук до и после обследования порой оставляют желать лучшего. Имеются также опасения по поводу поведения некоторых пациентов. В последние годы отмечается более агрессивное поведение отдельных пациентов, и были случаи, когда врачи подверглись нападениям со стороны пациентов, силой домогающихся либо лекарств, либо рецептов<sup>65,68</sup>. Врачи-женщины, в частности, испытывают страх и боятся посещать пациентов в ночное время, так как дома зачастую плохо пронумерованы и трудно найти<sup>63</sup>.

Поэтому, подытоживая, можно сказать: хотя потребность в посещениях на дому по определенным случаям будет существовать всегда, экономический аргумент против врачей, осуществляющих визиты на дому, является достаточно сильным. Большинство людей сейчас владеют машинами, и налицо растущие опасения по поводу посещения пациентов на дому в ночное время; и все эти факторы не стимулируют врачей посещать больных на дому. С другой стороны, увеличивается число пожилых людей, и делается больший акцент на оказании медицинской помощи на уровне местных сообществ, в результате чего во многих странах это привело к снижению показателей средней занятости койки в стационарах. Поэтому вопрос посещений на дому остается очень актуальным, и необходима разработка национальных политик здравоохранения по определению требований и соответственно финансированию.

### **Организация часов приема**

Существенным условием для успешной организации работы является знание числа консультаций и продолжительности консультации. В ситуации, когда на пятитысячный контингент пациентов в среднем приходится четыре посещения в год, число посещений за год составит 20 000, что соответствует 400 посещениям в неделю или 80 посещениям в день. Ясно, что будут определенные сезонные различия, но основой должна быть цифра 400. Если десять минут на одно посещение считается подходящим, то тогда потребуется 67 часов приема в неделю. На выполнение административных задач по организации деятельности практики должна уходить, согласно оценке, одна треть консультационного времени<sup>64</sup>. Таким образом, в условиях обслуживания пятитысячного контингента пациентов врач общей практики должен быть готов к предоставлению своих профессиональных услуг в течение 90 часов в неделю. Эти цифры не являются

универсальными, но основной принцип определения периода готовности к предоставлению соответствующих услуг универсален. При этом не так важно, работает ли практика на основе универсальной системы записей, системы неограниченных посещений или комбинации этих двух систем; правда, в этом случае потребуются соответствующие обязательства.

Все консультационные мероприятия в рамках практики должны обеспечивать и сохранять какую-то гибкость для действий в чрезвычайных обстоятельствах. Возможности для обслуживания пациентов, обратившихся за помощью непосредственно перед посещением, могут быть удовлетворены путем распределения времени посещения пациентов с хроническими, длительными проблемами со здоровьем. Это необходимо для того, чтобы обеспечить помощь пациентам, обратившимся по поводу случая острого заболевания. Такие договоренности легко осуществимы, потому что время посещения для последующих консультаций назначается обычно сразу же после первого посещения.

В конечном итоге, назначение времени посещения может быть сделано по телефону. В Австралии, сельской местности в частности, дача рекомендаций по телефону является привычным делом. В Северной Америке и Скандинавии<sup>69</sup> консультации по телефону считаются особенно полезными. В других частях Европы такая форма консультаций развита в меньшей степени. Там, где она применяется, важно, чтобы это было закреплено соответствующими положениями. Телефонные консультации, которые прерывают очные консультации, являются нежелательными, так как трудно сохранить конфиденциальность в отношении пациента и иногда задать важные вопросы личного свойства, которые могут быть определяющими для ведения данного случая. Кроме того, телефонные консультации должны организовываться в частном порядке, с вовлечением либо врача, которому поручается заниматься этим в течение определенного времени дня, либо на звонки может отвечать регистратор, спрашивая номер телефона пациента и информируя пациента о приблизительном времени, когда ему следует ожидать ответного звонка врача. Это позволяет извлечь файл с медицинскими записями данного пациента, прежде чем врач свяжется с пациентом. Таким образом, врач лучше информирован о проблемах пациента заранее, а также на момент контакта с пациентом может сразу же внести записи в его карту. Требование к врачу, чтобы он вел записи, не становится меньше при обстоятельствах, когда советы и рекомендации даются без очных посещений.

Необходимо учитывать ограниченный характер телефонных консультаций, которые ясны для врача, но не для пациента. Телефонный разговор не должен быть заменителем очного посещения. Пациенты могут требовать телефонные консультации только в тех обстоятельствах, когда вся требуемая информация, необходимая для дачи соответствующих рекомендаций, может быть получена без непосредственного обследования. Телефонные рекомендации зачастую могут использоваться в случаях, когда необходимо передать последующую информацию, например, по результатам проведенных исследований.

## Непрерывность оказания медицинской помощи

Мало кто не согласится с тем, что непрерывность оказания медицинской помощи желательна, но по вопросу, а что же, собственно, эта непрерывность означает, существует несколько мнений. Она может рассматриваться либо в контексте отдельного эпизода заболевания, либо по отношению к ведению случая заболевания отдельным врачом или к отдельной практике; или же по отношению – тем или иным образом – к непрерывности медицинских записей. Достоинства непрерывности медицинской помощи очевидны, хотя доказательства в ее пользу отсутствуют. Marsh<sup>49</sup> полагал, что непрерывность сводит к минимуму шансы пациентов к получению противоречащих мнений и дает большую возможность врачам “обучать” своих пациентов. Установившиеся взаимоотношения повышают полезность телефонных консультаций и, вероятно, ведут к лучшему и более эффективному менеджменту рецидивирующих проблем.

Многие черты персонифицированных медицинских услуг могут поддерживаться в партнерской практике путем создания рабочих условий, способствующих непрерывности оказания медицинской помощи. В ситуациях, когда оказание помощи персонифицировано, имеется больше возможностей для аудита и проведения эпидемиологических исследований, так как контингент населения четко определен, а погрешности, связанные с наблюдателем, сведены к минимуму. Теоретически, основным недостатком общей персонифицированной помощи является ограничение выбора пациента, и это особенно актуально, если врач выполняет роль фильтра ко вторичному уровню оказания медицинской помощи. Хотя персонифицированная медицинская помощь способствует непрерывности и по этой причине ее оказание должно поощряться, тем не менее, пациент должен иметь альтернативный доступ к другому врачу в практике и иметь возможность поменять врача в рамках практики, где он зарегистрирован.

### Медицинские записи

Компьютеризированные записи обсуждались и многие соответствующие замечания уже были сделаны, но возможность наличия высокого качества медицинских записей на момент проведения консультации является непреложным условием для обеспечения непрерывности оказания медицинской помощи. Записи должны надлежащим образом обновляться всеми имеющими непосредственное к этому отношение лицами, а соответствующая корреспонденция и результаты лабораторных тестов должны систематизироваться и храниться. Хорошие записи<sup>70</sup> содержат информацию, которая:

- необходима для непосредственного ведения заболевания;
- служит напоминанием для врача общей практики или подсказкой в случаях использования ее другим медперсоналом;
- определяет статус риска по отношению к различным заболеваниям;

- может использоваться для практического мониторинга (например, направлений пациентов);
- может использоваться для аудита или исследования, а также для целей обучения.

Детальное содержание записей должно быть последовательным. Подход, ориентированный на проблему и основанный на аббревиатуре “soap” (субъективные жалобы, объективные выводы и заключения, оценка и план действий), является весьма похвальным<sup>71</sup>. Отдельные единицы информации могут храниться в классифицированной форме для целей анализа. В некоторых случаях – в частности, когда предполагается компьютеризация записей, – всем врачам желательно договориться об общей классификации, и эта договоренность затем должна быть распространена на специалистов вторичного уровня оказания помощи, если предполагается внедрить интегрированные записи. Структура записей должна отличать фактическую информацию от впечатлений<sup>72</sup>. Информация, имеющая отношение к образу жизни, диете, физической активности, потреблению алкоголя и табака, стала важной для формирования здорового образа жизни, и для большинства сбор такой информации будет считаться важным, как часть обязанностей врача общей практики.

Медицинские записи играют все более важную роль в юридическом плане. Тщательная регистрация положительных и отрицательных выводов и заключений жизненно важна для врачей, чтобы защитить себя от возможных судебных исков и жалоб на недосмотр или небрежности.

## **Компетенция**

Компетенция является сочетанием знаний, уверенности, навыков и умений – своего рода сплавом подготовки, личных характеристик и опыта. Широко признано, что работа в общей практике должна основываться на подготовке, направленной на приобретение навыков административного управления, организации и общения, коммуникации, наряду с подготовкой по медицинским вопросам. Подготовка ведет к аккредитации (аттестации). Продолжаются споры о необходимости периодической переаккредитации, но никто уже не спорит в отношении необходимости предварительного обучения. Утвержденные периоды последипломной подготовки по общей практике являются обязательными во всех странах Европейского союза.

Мотивация также важна. Высокоталантливые врачи могут быть деморализованы, если они чувствуют себя неудовлетворенными. Неудовлетворенность может вырасти как на почве жадности или праздного времяпровождения, так и из-за отсутствия соответствующего финансового вознаграждения, академического статуса или профессионального уважения. Врачи, которые не имеют права выносить профессиональные суждения или не располагают необходимыми приспособлениями или оборудованием для выполнения работы в соответствии со своей квалификацией,

склонны выполнять свою работу на субоптимальном уровне. Необходимо, чтобы структура зарплаты была соразмерна с подготовкой и обязанностями, а также соответствующей и сопоставимой с зарплатой, получаемой другими врачами и специалистами, так как сознавать себя находящимся на одной из нижних ступенек служебной или социальной лестницы отнюдь не вдохновляет.

Хотя от врачей общей практики могут требоваться долгие часы работы, это обычно не вызывает отрицательной реакции, когда речь идет о клинической медицинской помощи. Однако, если обязательства, ведущие к продлению рабочего дня, являются в своей большей части проявлением бюрократической машины, это сказывается отрицательно на моральном состоянии и самочувствии врачей.

Служебный рост является мотивирующей силой. Одной из проблем общей практики в некоторых странах является то, что врачи могут достичь своего зенита в слишком раннем возрасте<sup>73</sup>. В больших групповых практиках, сложившихся в Соединенном Королевстве, для партнеров по практике обычно характерно равенство в статусе и уровне доходов после предварительного вступительного периода. Это положение отличается от других профессиональных партнерств, где обычно существует иерархия, и находится в противоречии с положением в Соединенном Королевстве до введения национальной системы здравоохранения. Аргументация против иерархической структуры в медицинском партнерстве связана с возможностью эксплуатации труда молодых врачей. Во-первых, есть потенциальная возможность для эксплуатации в отношении распределения работы (часы работы молодых врачей определялись старшим врачом). Другая возможность для скрытой эксплуатации связана с требованием, чтобы молодой врач выкупил долю в практике. К сожалению, в прошлом было много примеров эксплуатации, в результате чего в Соединенном Королевстве сейчас фактически отсутствуют возможности для служебного роста, кроме первоначального назначения в качестве утвержденного полноправного врача общей практики. Данный комментарий сделан для того, чтобы отметить желательность сохранения отдельных элементов служебного роста в тех странах, где системы общих практик только формируются.

---

## *Глава 6    Профессиональная инфраструктура общей практики*

Общая практика не может развиваться в организационном вакууме. Ей принадлежит логическое место в интегрированной службе медицинской и социальной помощи, с соответствующим определением взаимоотношений между ней и другими организациями. Эти взаимоотношения определяются профессиональными представителями соответствующих организаций. Таким образом, необходимы определенные рамки и для врачей общей практики, чтобы организовать самих себя и выбрать своих представителей.

Организациями, действующими от имени врачей общей практики, должны охватываться самые различные функции. Различают четыре основных типа организаций. Во-первых, существует потребность в профессиональной организации, защищающей материальные интересы врачей общей практики как в индивидуальном, так и коллективном смыслах. Также существует потребность в организации, представляющей врачей общей практики как специальность по отношению к другим медицинским специальностям. Медицинское образование в самом широком смысле, от додипломной подготовки до непрерывного образования врачей общей практики, является еще одной сферой требующей специфических организационных мер. В конечном итоге, необходимы организации для того, чтобы иметь дело с вопросами регистрации, аккредитации и профессиональной дисциплины.

В таких странах, как Нидерланды и Соединенное Королевство, общая практика стала зрелой и превратилась в независимую медицинскую дисциплину, интегрированную с другими медицинскими и хирургическими специальностями. Кроме того, инфраструктура общей практики в этих странах способствует укреплению общей практики в целом, поэтому, мы сначала рассмотрим опыт Нидерландов и Соединенного Королевства, а затем сделаем общие замечания по отдельным компонентам инфраструктуры.

### **Опыт стран с развитой инфраструктурой**

Инфраструктура в Нидерландах представлена двумя организациями. Во-первых, это – ассоциация врачей общей практики в рамках более широкой ассоциации всех врачей. Эта структура осуществляет переговоры с правительством и страховыми организациями для утверждения соответствующей оплаты. Во-вторых, колледж врачей общей практики, который был основан в 1956 г., занимается вопросами

подготовки по общей практике и продвижением общей практики как дисциплины, включая вопросы стандартов в медицине и создание системы управления качеством.

Ситуация в Соединенном Королевстве в определенной степени аналогичная, хотя здесь имеется и третья организация (общий медицинский совет), которая занимается вопросами профессиональной аккредитации и профессиональной дисциплины; эта структура обладает юридическим правом исключить врача из медицинского регистра. Британская медицинская ассоциация является структурой, объединяющей врачей и выполняющей свои функции независимо от специальности врача, хотя она и структурирована таким образом, что предоставляет значительную самостоятельность врачам общей практики - членам ассоциации, представляющим подгруппу, известную под названием Комитет общих медицинских услуг. Колледж врачей общей практики был основан в 1952 г., в основном врачами с сильной мотивацией к проведению исследований по практике. (В частности, ранние исследования были связаны с мониторингом инфекционных заболеваний в сети “дозорных” практик). В 1967 г. колледжу был присвоен статус Королевского.

Интересно отметить ретроспективно, что создание колледжа врачей общей практики в Соединенном Королевстве наткнулось на противодействие врачей, организованных в хорошо утвердившиеся колледжи врачей и хирургов. Это противодействие было, в частности, нацелено на организацию врачами общей практики соответствующих образовательных программ для их собственной подготовки. Одно время превалировало мнение, что врачами общей практики работают врачи, не смогишие получить дальнейшую специализацию. Создание независимого колледжа с ответственностью за подготовку имело решающее значение для преодоления такого представления. Другими существеннейшими факторами являются: издание научных журналов по общей практике, создание академических кафедр по общей практике с их ассоциированными отделениями и самое главное – введение профессиональной подготовки.

## **Защита материальных интересов**

Существует необходимость в организации, с которой могла бы ассоциировать себя значительная часть врачей общей практики (75% и более). Эта ассоциация может работать в сотрудничестве со всеми другими медицинскими дисциплинами, но должна быть достаточно сильной для того, чтобы представлять интересы врачей общей практики на пропорциональной основе. Если половина врачей в системе здравоохранения работает в общей практике, следовательно, их представительство в объединенной представительской структуре должно соответственно составлять половину.

Членство должно быть открытым для всех и должно поощряться. Правила членства в этом контексте должны рассматриваться аналогично правилам, действующим в профсоюзах. Если только не существует каких-либо специфических философских

оговорок в отношении принадлежности к таким ассоциациям, врачи общей практики должны были бы чувствовать за собой обязанность быть связанными с такой переговорной структурой. Если эта структура в состоянии обеспечить достаточное число врачей общей практики, она становится правомочной выступать от их имени. Однако, если таких организаций несколько, то их возможности по представлению интересов ослабевают.

Создание соответствующей ассоциации, представляющей интересы врачей общей практики, является только половиной дела. Должна иметься система соответствующего формулирования политики, основанная на мнении большинства работающих врачей общей практики. При этом взаимодействие должно быть двухсторонним: как снизу вверх, так и сверху вниз.

Структура, представляющая интересы, должна согласовать свои действия по описанию работы, обозначению природы задач, их рамок, требований к обучению и ограничениям. Только тогда, когда соглашение достигнуто, могут быть определены обязательства по контрактам и финансовым возмещениям. Организация врачей общей практики совершенно необходима для такого согласования описания работы.

## Научное и академическое развитие

Вопросы, связанные с академической стороной общей практики, значительно отличаются от финансовых вопросов. Здесь следует различать два вида обязанностей: во-первых, определение содержания общей практики таким образом, чтобы можно было разработать программу подготовки врачей общей практики, и, во-вторых, продвижение исследования по вопросам непрерывного улучшения качества общей практики, здоровья населения и оказания медицинской помощи. Эти цели являются основными, ради которых и существуют такие объединенные организации. Для достижения этих целей принят целый ряд стратегий.

### Структура членства

Она может включать в себя несколько уровней членства и признание того, что является, по мнению членов, успешной практикой. В целом же, существует уровень ассоциации, открытый для всех заинтересованных врачей общей практики, кто сдал соответствующий квалификационный экзамен. Однако формирование колледжа не может начинаться с ограничивающего экзамена: предпочтительно создавать такую ассоциацию среди врачей, выразивших интерес к проведению исследовательской работы или образовательной деятельности или даже интерес к ассоциации как таковой.

### Структура представительства

Как только ассоциация создана, она определяет лиц с навыками лидерства или ведения переговоров, чтобы представлять ее. Такие лица должны быть определены с

учетом специфического контекста. Важными функциями деятельности колледжа являются образование, проведение исследований и связь с общественностью, и они требуют разнообразия навыков. При этом особенно важной функцией является связь с общественностью, так как колледжу необходимо получить признание за те виды деятельности, которые он желает контролировать или оказывать на них влияние.

### **Академические связи**

Прочные связи между общей практикой и структурой, представляющей медицину в более широком аспекте, могут быть установлены только в том случае, если общая практика станет частью признанного медицинского образования. Кроме того, ключевой функцией колледжа является содействие созданию академических кафедр в медицинских школах, так как в целом ряде европейских стран такие кафедры до сих пор отсутствуют. Академические кафедры общей практики должны иметь статус, приравненный к статусу других кафедр: создание в качестве подразделения другой кафедры может быть способом обеспечения ее наличия в медицинской школе, но это не является конечной целью.

В начале становления академических кафедр в Соединенном Королевстве важным был факт того, что была организация, осуществлявшая поддержку тем, кто назначался на в эти кафедры общей практики. Такая поддержка становится менее необходимой, когда кафедра создана и наделена всеми необходимыми правами. Однако желательно наличие непрерывной связи между академической организацией и колледжем. Эти связи выходят за пределы университетов. Существует необходимость определенных рамок, позволяющих устанавливать связи между различными категориями специалистов. Например, врачам общей практики необходимо сотрудничать с педиатрами по критериям здоровья детей, с акушерами – по уровням компетенции в оказании акушерской помощи. Кроме того, должна быть структура или орган, которые бы действовали по таким вопросам от имени врачей общей практики.

### **Роль в улучшении качества и профессиональных стандартов**

Мы обсудили роль колледжа в обучении и проведении первоначальной аттестации врачей. Кроме того, есть и вторичная роль колледжа в определении стандартов медицинской помощи, как в общем смысле, так и по специфическим проблемам здоровья. Эти вопросы будут рассмотрены позже в главе по вопросам улучшения качества, но здесь необходимо отметить важность наличия коллегиальной структуры по надзору развития и продвижению принятых стандартов. Колледжи в Соединенном Королевстве и Нидерландах проявили большую активность в этой области<sup>74-76</sup>.

### **Непрерывное медицинское образование**

Колледж врачей общей практики является соответствующей организацией для создания и мониторинга стандартов непрерывного медицинского образования. При отсутствии официальной структуры непрерывное образование подвергается

опасности превращения в своего рода финансируемое фармацевтической промышленностью боковое ответвление со своей собственной программой и интересами.

### **Научные исследования**

Проблемы здоровья, с которыми имеет дело первичная медико-санитарная помощь, должны исследоваться в рамках первичного звена. Определение потребностей в исследованиях, поддержка практических исследователей и продвижение исследований в области общей практики являются частью функций колледжа. В то же время, в равной степени существует необходимость применения результатов и выводов научных исследований в повседневной практике<sup>77</sup>.

### **Публикации**

Публикации желательны, и важно, чтобы качество публикаций было соразмерно с качеством хорошо утвердившихся и снискавших хорошую репутацию научных медицинских журналов.

### **Международное сотрудничество**

Вопросы развития первичной медико-санитарной помощи не ограничиваются рамками какой бы то ни было одной страны, что делает целесообразным установление системно-сетевых связей и контактов между странами. В настоящее время существует несколько организаций, занимающихся международным сотрудничеством в области первичной медико-санитарной помощи. Это – Всемирная организация национальных колледжей, академий и академических ассоциаций врачей общей практики/семейных врачей (WONCA), Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и (в Европе) Европейский союз колледжей общей практики и Европейская исследовательская конференция общей практики (EGPRW). Существует множество литературы по международному сотрудничеству по исследованиям в области первичной медико-санитарной помощи. В качестве примера мы хотели бы сослаться на (The Interface Study)<sup>17</sup>, исследование по взаимосвязи между первичной медико-санитарной помощью и вторичной медицинской помощью<sup>78</sup>, европейское исследование направлений от первичной медико-санитарной помощи на вторичный уровень, Международную классификацию первичной медико-санитарной помощи<sup>79</sup> и, наконец, Процедуры иммунизации в Европе<sup>80</sup>.

---

## Глава 7 *Преподавание и изучение общей практики*

“...один с хорошо сделанной головой, чем с хорошо наполненной головой...” Хотя в этой цитате из Montaigne<sup>81</sup> говорится о желаемых характеристиках персонального руководителя, она кратко суммирует цель всего образования. Однако в медицине мы так озабочены стремлением дополнять учебные программы, чтобы заполнить память, что мы можем легко недооценить важность тренировки ее.

Возможно, если бы сто лет назад медицина была признана как наука – такая, например, как математика или химия – мы бы развили отдельные образовательные программы для теоретических и прикладных дисциплин. Этого не произошло, и как результат этого, в медицинском образовании до недавнего времени доминировала потребность приобретения научно обоснованных знаний над приобретением навыков работы с больными людьми. Это отличие было известно многие годы. Thomson<sup>82</sup>, описавший 200-летнюю историю общей практики и Эдинбургской медицинской школы, ссылался на Voeghaave из Лейденского университета, бывшего пионером в деле медицинской подготовки, основанной на демонстрации и наблюдении за пациентами, в противовес прежней, базирующейся на традиционных лекциях, докладах и диссертациях. Несмотря на эту долгую историю, первая академическая кафедра по общей практике была создана только в 1963 г., хотя некоторые принципы, касающиеся наблюдения за пациентами применялись в других специальностях. Признание повышенной важности первичной медико-санитарной помощи по отношению ко вторичной подчеркивает необходимость надлежащего обучения по общей практике<sup>711</sup>. Определенная подготовка по семейной практике и в частности по вопросам, касающимся семейной медицины, должна осуществляться в каждой медицинской школе, которая поэтому нуждается в кафедре или отделении семейной медицины<sup>5</sup>.

Международная группа признанных врачей общей практики (группа Leeuwenhorst<sup>83</sup>) сформулировала в 1974 г. положение, способствовавшее продвижению общей практики в Европе. Образовательные цели подготовки врача общей практики были сформулированы с разбивкой на три подгруппы:

### 1. *Знания*

(а) наличие у него (врача общей практики) достаточного знания и понимания процессов заболеваний, в частности, наиболее общих заболеваний, хронических заболеваний и тех заболеваний, которые опасны для жизни или имеют серьезные осложнения и последствия;

(б) понимание им возможностей, методов, пределов и ограничений профилактики, ранней диагностики и менеджмента в учреждениях общей практики;

(в) понимание им способов межличностных взаимоотношений внутри семьи, которые могут вызвать проблемы со здоровьем или изменить их проявление, течение и ведение, а также того, что заболевание может повлиять на семейные взаимоотношения;

(г) понимание обстоятельств социальных условий и окружающей среды пациентов и их влияния на взаимосвязи между здоровьем и заболеванием;

(д) знание и соответствующее использование им широкого спектра доступных ему видов вмешательств;

(е) понимание им этических аспектов профессии и их важности для пациента;

(ж) понимание базовых методов исследований, применимых в общей практике;

(з) понимание медико-социального законодательства и его влияния на пациента.

## 2. *Навыки и умения:*

(а) умение поставить диагноз, принимая во внимание физические, психологические и социальные факторы;

(б) способность применять принципы эпидемиологии и статистической вероятности в своей повседневной работе;

(в) понимание и использование фактора (времени) как диагностического, терапевтического и организационного инструмента;

(г) способность определить лиц, относящихся к группе риска, и предпринимать соответствующие действия;

(д) способность принимать соответствующие первоначальные решения по каждой проблеме, с которой к нему обращаются как к врачу;

(е) способность сотрудничать с медицинским и немедицинским персоналом;

(ж) знания и соответствующее использование навыков практического менеджмента.

## 3. *Отношения:*

(а) потенциал эмпатии и формирования специфических и эффективных взаимоотношений с пациентами, а также для развития определенной степени самопонимания.

(б) как признание им уникальности и индивидуальности пациента модифицирует способы и методы, пользуясь которыми он “извлекает” информацию и вырабатывает гипотезы относительно природы стоящих перед пациентом проблем и их решению;

(в) понимание общепрактикующим врачом того, что оказание помощи пациентам в решении их проблем является одной из основных задач терапевтической деятельности;

(г) признание общепрактикующим врачом наличия у него возможности внести профессиональный вклад в жизнь сообщества на более широком уровне;

(д) желание и способность критически оценить свою собственную работу;

(е) признание врачом общей практики собственной потребности в непрерывном образовании и критическом осмыслении медицинской информации.

Еще одним хорошим заделом являются материалы конференции по биопсихосоциальной концепции заболевания. В резюме этой конференции, сделанном White<sup>84</sup>, была подчеркнута важность подхода “снизу вверх”, который он приписал отчету Британского правительства, подготовленному Dawson в 1920 г. Подход “снизу вверх” является основой планирования, фокусирующегося на нуждах и потребностях пациентов в отличие от подхода “сверху вниз”, основанного на нуждах и потребностях врачей. Подход “сверху вниз”, в частности в американском контексте, был выдвинут специалистами третичного уровня<sup>85</sup> и академическими кругами верхнего уровня и рассматривался White как одно из препятствий переменам.

Литературы по медицинскому образованию невероятное количество. В данном разделе мы будем рассматривать только литературу, имеющую отношение к общей практике. Будут обсуждаться проблемы, но не дебаты о том, что и где должно быть включено в учебную программу и на каком этапе (во время школьного образования, додипломного обучения или последипломного образования).

## Цели программы подготовки

В качестве структуры мы будем использовать “Основные качества и характеристики независимого практического врача”, разработанные Комитетом образования общего медицинского совета (Соединенное Королевство) и опубликованные первоначально в 1983 г.<sup>86</sup> и затем пересмотренные в 1993 г. Эти качества и характеристики рассматривались как подходящие для всех врачей, работающих самостоятельно, независимо от специальности, и приводятся здесь ввиду их широкой применимости к различным сферам медицины. Они рассматривались, в частности, применительно к общей практике и, в общем, они сходны с характеристиками и атрибутами, изложенными в других документах. Соответствующие пункты образовательных программ будут рассмотрены с привязкой к наиболее подходящим из перечисленных характеристик и атрибутов.

*Способность к разрешению клинических и других проблем медицинской практики*

Не все люди, являющиеся больными<sup>42</sup>, обращаются со своими проблемами к врачу. Хотя одна из ролей врача общей практики является в этом отношении образовательной

(она будет рассмотрена позже), врач общей практики должен будет, в первую очередь, заниматься обращающимися к нему за помощью пациентами. Поэтому подготовка должна преимущественно основываться на соответствующем признании и понимании часто встречающихся проблем. В Соединенном Королевстве среднестатистический врач общей практики имеет дело с 1950 пациентами, и это число больше, чем в большинстве европейских стран. Недавнее исследование заболеваемости в Англии и Уэльсе<sup>19</sup> показало, что в течение года врач виделся с 78% всех зарегистрированных пациентов, и при рассмотрении основных категорий заболеваний распределение было следующим: 24% с острыми респираторными заболеваниями, 15% с заболеваниями кожи и подкожной клетчатки и 11% с небольшими травмами (табл. 7.1). Из специфических заболеваний приблизительно 5,4% от всех обратившихся случаев было по поводу обструкции дыхательных путей, 4,2% с гипертонией, 1,2% с диабетом и 0,9% со злокачественными новообразованиями. Доля консультаций (как это показано в табл. 7.1) в противовес уровню консультаций показывает более четкую картину содержания общей практики врачей, работающих без четко определенного перечня пациентов.

**Таблица 7.1** Уровень консультаций (на 100 человек и процент от общего числа консультаций) применительно к отобраным основным диагностическим группам<sup>19</sup>.

Группа заболеваний	Количество лиц / 100	Консультации (% от общего числа)
ОРИ	24,2	11,7
Заболевания кожи и подкожной клетчатки	14,6	6,6
Небольшие травмы	10,7	4,1
Заболевания уха и сосцевидного отростка	10,1	4,4
Невротические синдромы	6,5	4,2
Артропатии и связанные с ними нарушения	6,1	3,2
Дорсопатии	5,9	3,0
Хронические обструктивные заболевания дыхательных путей	5,4	3,5
Микозы	4,7	1,8
Гипертоническая болезнь	4,2	3,0
Кишечные инфекции	4,0	1,5
Ишемическая болезнь сердца	1,7	1,2
Основные психозы	1,1	0,8
Диабет	1,2	0,8
Злокачественные новообразования	0,9	0,8

Проблемы, с которыми обращаются к врачам общей практики, зачастую включают в себя социальные и поведенческие компоненты. От врача общей практики, хотя он и не является социальным работником или консультантом по проблемам поведения, требуется достаточный уровень знаний, чтобы определить эти проблемы и разбираться хотя бы в терапевтических программах, подходящих для ведения больных с такими проблемами.

Здесь также встает вопрос изменений во времени. В течение “профессионального времени жизни” туберкулез почти исчез (конечно, медработники не могут позволить себе самоуспокоиться в отношении остаточных очагов инфекции); появился СПИД; хирургическое прерывание беременности из нелегальной процедуры превратилось в один из обычных видов вмешательства в большинстве европейских стран. Проблемы, с которыми врачи сталкиваются, меняются, и врачи должны меняться вместе с ними, хотя это не означает, что врачи должны просто принимать изменения, продиктованные политическими мотивами.

*Владение адекватными знаниями и понимание общей структуры и механизмов и особенностей функционирования человеческого тела и умственной деятельности (как в состоянии здоровья, так и при болезни), их взаимодействия и взаимодействия между человеком и физической и социальной средой.*

При прямой своей трактовке данная формулировка представляется слишком туманной. Здесь можно было бы с достаточной степенью неопределенности обсуждать, что, собственно, представляет собой адекватное знание. Хотя идеи, лежащие в основе этого положения, не считаются применимыми исключительно к медицинской додипломной подготовке, они соответствуют поставленной цели. Для большинства врачей, будь то в семейной практике или хирургической практике, предварительным требованием является понимание эпидемиологии и естественной истории заболеваний, которые им приходится лечить. Они также должны учитывать более широкое влияние заболевания на жизнь пациента и его семьи. Возможно, что наиболее интересная часть этого положения заключается в последней фразе: “взаимодействие между человеком и его ... средой”. Знаниями или умением можно поделиться и базовым навыкам можно научиться, но опыт является жизненно важным для понимания этого компонента.

*Владение навыками консультаций*

Консультационные навыки начинаются с искусства взаимодействия. Bass et al.<sup>87</sup> продемонстрировали, что наиболее верным предсказателем конечного результата помощи пациенту была степень, с которой пациент может обсуждать проблему с врачом общей практики и прийти к взаимопониманию относительно ее природы. Если принять это положение, то последуют глубокие последствия в плане подготовки всех врачей, и особенно врачей общей практики. Врач должен прежде всего уметь слушать, а только затем задавать вопросы<sup>88</sup>.

Прогресс компьютерной технологии ведет медицину “к алгоритмам” во всем. Если история болезни пациента не подходит, то ставится другой вопрос. Существуют

опасности, связанные с систематизацией консультационных обследований. История болезни пациента не может быть сокращена до кодовой номенклатуры, даже если врачебная оценка может быть сокращена. Пациентам должно быть позволено представлять свою историю болезни, и врачи должны выслушать их. Как следствие этого, пациентам должно быть позволено проводить консультацию на их собственном языке<sup>89</sup>.

Консультационные навыки предполагают в равной степени как врача с пациентом, так и пациента с врачом. Для этого важны и личностные качества в плане умения сопереживать, поставить себя на место другого, и способности довести до него свои мысли и взгляды. В более широком смысле консультационные навыки могут быть расширены до таких вопросов, как качество ведения медицинских записей. Давно прошли те времена, когда медицинские записи считались незначительным аспектом задачи врача. Мы уже ссылались на динамическую природу медицины. Качество медицинских записей в наши дни (2000 г.) сильно отличается от записей 30-летней давности. Искусство конспектирования аккуратным, точным обзором и подытоживание важных событий являются неотъемлемой частью взаимодействия, коммуникации.

#### *Достижение высокого уровня знаний и навыков врачебной специальности*

Существует тонкое различие между приобретением знаний и навыков и владением знаниями, что уже обсуждалось выше. Хотя отдельные моменты уже отмечались, способность ассимилировать новые знания и навыки является решающим фактором. “Продвижение медицины зависит от союза клинического искусства с высокотехнологической наукой”<sup>90</sup>. Нам нужна не столько программа непрерывного образования сама по себе, сколько доказательство и уверенность, что она эффективна и достигает практических врачей, нуждающихся в образовании<sup>91</sup>. Это высказывание будет рассматриваться далее в главе 8, но здесь следует особо отметить место аудита практики. Без традиционных методов экзаменационной проверки трудно определить уровень знаний и навыков отдельных врачей. Фактическая деятельность врача и ее эффективность не могут быть зачастую определены. Самооценка путем анализа деятельности практики<sup>33</sup>, которая рассматривает индивидуальную деятельность по отношению к деятельности коллег и в идеальной ситуации осуществляется в рамках коллегиальной оценки специалистами равного уровня – это один подход к оценке или “измерению” деятельности. Каждый отдельный практический врач должен желать рассмотрения своей деятельности и даже подвергать свою деятельность и ее результативность критике со стороны коллег, с тем чтобы выявить возможные ошибки и отклонения в практике.

#### *Готовность и способность иметь дело с медицинскими неотложными случаями и другими заболеваниями при экстренной или чрезвычайной ситуации*

В качестве анекдотичного случая сообщалось, что врачи иногда остерегаются оказывать помощь при несчастных случаях боясь сделать что-то “неправильно” и стать предметом судебного разбирательства. Рекомендации, данные выше, находятся в полном противоречии с такого рода поведением. Клятва Гиппократова все еще имеет силу.

*Способность вносить надлежащий вклад в профилактику болезни и укрепление здоровья*

Нет необходимости спорить о важности профилактики или роли врача общей практики в ней. Важно, чтобы врач понимал границы и пределы возможностей профилактики. Мы не вправе вмешиваться в жизнь людей без достаточных на то оснований и доказательств. Поэтому важно, чтобы врач умел оценивать фактические данные и доказательства соответствующим образом. Статистическая теория вероятности не подходит для врача общей практики. Понимание природы распределения и соответствующего статистического анализа является важной частью медицинской подготовки.

Врачи не могут игнорировать и экономику медицинской помощи. Предположим, что ежегодная вакцинация против гриппа на 100% эффективна в предупреждении заболевания, вызванного подвидами вируса, включенными в вакцину, и что общая стоимость вакцины и ее введения составляет 10 экю на 1 человека. Население Соединенного Королевства насчитывает 58 млн. человек, из которых 9 миллионов – в возрасте 65 лет и старше. Если бы проводилась политика вакцинации всех лиц старше 65 лет, то тогда затраты на вакцинацию составили бы 90 млн. экю. И хотя роль отдельных врачей общей практики не состоит в том, чтобы принимать решения о соответствующей политике вакцинации, им важно понимать экономические аргументы, исходя из которых такие решения принимаются, и при необходимости они должны быть психологически “вооружены” и готовы защищать (или ополчаться на) определенную национальную политику по охране здоровья или противостоять ей.

*Способность признавать и анализировать этические проблемы, позволяя тем самым пациентам, обществу и врачу должным образом учитывать такие проблемы при принятии ими соответствующих решений*

Многие годы для врачей общей практики основные этические проблемы пациентов были связаны, в основном, с вопросами конфиденциальности информации в отношении определенных пациентов. Однако сегодня многие этические вопросы имеют экономическую подоплеку и обусловлены системами оплаты труда врачей общей практики. В национальных системах здравоохранения работа врача оплачивается государством; в системе же здравоохранения, основанной на страховании – страховой компанией. Кому врач будет хранить верность? Вопрос риторический, так как клятва Гиппократова говорит о верности пациенту, а не тому, кто платит, но конфликт остается: может терапевтическое действие или бездействие определяться анализом затрат и результатов? На национальном уровне такой принцип должен соблюдаться, а как быть на уровне отдельного пациента?

Критические вопросы не просто связаны с затратами. Человек может иметь законное право на терапевтический аборт – процедуру, которая может быть неприемлема для врача, консультирующего пациента. Достижения медицины могут следовать технике генетических исследований, которые могут быть неприемлемы для кого-то. Технологические достижения в медицине, наряду с экономическими вопросами, заставляют врачей делать выбор. Врачи должны быть подготовлены по этическим

вопросам, что позволит им, во-первых, выявлять этические аспекты решаемых проблем, во-вторых, давать соответствующие советы пациентам и, в-третьих, по необходимости, делать соответствующий выбор.

*Поддержание отношений и продвижение к профессиональной практике высокого уровня*

Взаимоотношения врача и пациента предполагают наличие доверия. Обязанность врача оправдать такое доверие. Врач обязан давать пациенту советы и рекомендации на основе такого доверия и быть полностью честным в отношении терапевтического вмешательства. Врачи должны осознавать пределы своих возможностей. Лечить пациента на основе неадекватного уровня знаний является неприемлемым для профессиональной практики. Поэтому они должны понимать процесс принятия решения, работать в рамках ограничений неточных наук и быть честными, убеждая своих пациентов в преимуществах предлагаемых ими действий (что не должно исключать необходимость действовать с состраданием при серьезном прогнозе). Такие навыки не столько результат обучения, сколько результат накопленного опыта, но это достигается не столько путем критической самооценки, сколько исходя из научно-обоснованных знаний. (Для получения более подробной информации о принятии решений в области общей практики см. Sheldon et al.<sup>92</sup>).

*Владение навыками, требуемыми для работы в команде, и умение взять на себя обязанности лидера команды*

Медицинская помощь не может более оказываться одним человеком. Один человек не может обладать полным набором навыков, необходимых для предоставления медицинской помощи. Оптимизация предоставления медицинской помощи из разных источников является частью роли врача общей практики. Врач общей практики, получивший всестороннюю подготовку по вопросам здоровья, обычно является лидером команды первичной медико-санитарной помощи. С навыками лидерства не рождаются – их приобретают. Поэтому врач должен быть обучен оптимальному использованию кадровых ресурсов, имеющих отношение к делу. Работа в команде должна быть более эффективной, чем комбинированные навыки отдельных лиц.

*Приобретение опыта административного руководства и планирования*

Исходя из роли врача – лидера команды, по меньшей мере, хотя бы от некоторых врачей потребуются взять на себя более официальную роль по администрированию медицинской помощи. Врачи общей практики не могут отказаться от ответственности по вопросам медицинской помощи, которые имеют непосредственное отношение к первичной медико-санитарной помощи. Поэтому подготовка по менеджменту должна быть расширена, чтобы охватить более широкую область вопросов менеджмента медицинских услуг. Все врачи должны уметь играть роль и выполнять функции, относящиеся к их специальности.

*Признание возможностей и принятие обязанностей по обучению других и повышению, по возможности, уровня медицинских знаний и навыков*

Предлагаемая здесь основная характеристика (атрибут) позволяет рассмотреть взаимоотношения между функционированием общепрактикующих врачей и их

потенциальным вкладом в научные исследования, которые могут способствовать прогрессу медицины. Предлагается, чтобы общепрактикующий врач опирался надлежащим образом на исследовательские методы, умения и навыки в том, что касается надлежащей интерпретации выводов и заключений исследований. Сказать: настроенность на участие или стремление к участию в научных исследованиях, возможно, означает сказать слишком много, однако врачи, охотно занимающиеся исследованиями – будь то по собственной инициативе или по инициативе других, – должны полностью учитывать соответствующие этические вопросы, а также значимость и качество своего участия. Отношения и навыки, подходящие для исследований, – такие же, что и те, которые применимы для анализа деятельности, связанной с практикой и самооценкой. Поскольку эти последние моменты должны быть универсальными и включенными в систему образования на всех уровнях, начиная еще с самых ранних дней, способность к исследовательской работе должна быть своего рода естественным выводом и следствием.

*Признание возможностей и принятие обязанности по обучению других и повышению, по возможности, уровня медицинских знаний и навыков врачей*

Согласно определению, врач является учителем. Навыки обучения должны быть частью общей практики. Это в значительной степени перекликается с представленным ранее разделом по информационно-коммуникационным навыкам. Однако эта задача не ограничивается только обучением пациентов, а имеет отношение и к обучению студентов-медиков по вопросам смежных медицинских специальностей. Врачи общей практики должны стремиться приобрести те навыки, которые бы позволяли им передавать и сообщать знания другим.

## Обеспечение программы подготовки

Следуя в качестве модели данному перечню атрибутов, было охвачено большинство вопросов, касающихся медицинского образования. Однако они представлены без учета приоритетов. Врач не может работать без надлежащей базы знаний. В этом отношении непреложно необходимо знание процесса заболевания, истории природы и эпидемиологии, наряду с полным пониманием сильных и слабых сторон возможностей терапевтического вмешательства. Первой ответственностью врачей общей практики является их ответственность перед пациентами; взаимодействие же в обоих направлениях важно для эффективной практики. Их вторая ответственность – это ответственность перед обществом; они не могут не принимать во внимание экономические последствия своих действий. В-третьих, врачи ответственны перед самими собой и перед своей профессией, которая требует от них того, чтобы уровень их знаний и компетенции не отставал от технологических достижений в медицине по их специальности.

Чтобы выполнить ставящиеся в рамках этих целей задачи, необходима адекватная программа подготовки. Это может быть сделано только при условии надлежащего

финансирования соответствующей инфраструктуры, охватывающей все разнообразие методов обучения<sup>93</sup>. Должны применяться все потенциальные методы обучения, включая:

- (а) формальные лекции;
- (б) клинические демонстрации и конференции по разбору случаев;
- (в) дистанционное обучение:
  - соответствующие курсы заочного обучения;
  - телевизионные обучающие видеопрограммы;
- (г) анализ деятельности практики:
  - использование в дискуссионных группах соответствующих данных, генерируемых практикой;
  - использование административных данных здравоохранения, представляющих обратную связь по данной практике (например, о такой деятельности, как направления пациентов и практика назначений);
  - использование консультаций по рассмотрению индивидуальных навыков общения и взаимодействия;
  - разбор медицинских записей коллегами или партнерами, которые отобраны методом случайной выборки, причем содержание их должно оцениваться в дружественной атмосфере, хотя и критически;
  - формальный аудит соответствующих мероприятий, по которым могут быть определены согласованные критерии;
- (д) обучающие семинары (например, журнальные клубы и встречи исследовательских групп);
- (е) инспекционные посещения практик.

Должна быть определена команда лиц, обладающих соответствующими навыками, перед которыми должна быть поставлена задача организовать обучающие программы. Эти лица должны иметь достаточно полномочий, чтобы выявлять недостатки в работе и приступать к мерам по их исправлению, где и когда это необходимо. Меры же по непрерывному обучению должны проводиться и быть доступны тем, кто наиболее нуждается в этом.

В конечном итоге, мы приводим выборку 19 рекомендаций<sup>5</sup>, сделанных форумом экспертов по стратегическим действиям (экспертов ВОЗ и WONCA) (Лондон, штат Онтарио, Канада) в 1994 г. Эти рекомендации были озаглавлены “Вклад семейного врача. Медицинская практика и образование, отвечающие потребностям людей.” Наиболее соответствующие подготовке и обучению врачей общей практики рекомендации перечислены с использованием кратких названий и добавлением комментариев:

2. *Увязывание политики в области финансирования с определенными потребностями.*

5. *Определение статуса и роли семейных врачей.*

*Комментарий:* Нужды пациентов и методы измерения этих нужд важны как для определения программы подготовки семейных врачей, так и для соответствующего распределения ресурсов на эти цели.

9. *Использование хорошо подготовленных семейных врачей для оказания более качественной медицинской помощи наиболее экономически эффективным образом.*

*Комментарий:* Хорошо подготовленный семейный врач может надлежащим образом решать большинство проблем. Хорошая клиническая подготовка обеспечивает оптимальное реагирование на клинические проблемы. Кроме того, обучение обеспечивает понимание врачами вопросов экономической эффективности/низкой затратности. Компетентный врач, работающий в области первичной медико-санитарной помощи, является основой такого низкозатратного ведения заболевания.

16. *Базовое медицинское образование (додипломная подготовка) должно обеспечить соответствующий фундамент для последующего специального обучения.*

17. *Предмет семейной медицины должен преподаваться в каждой медицинской школе и обеспечивать баланс общей/специализированной подготовки.*

*Комментарий:* Базовое медицинское образование само по себе является недостаточной подготовкой для семейной практики. Медицинские школы должны обучать соответствующие относительные контингенты врачей, требуемых для решения самых различных в профессиональном отношении конечных задач. Большое число врачей будет всегда необходимо для эффективной первичной медико-санитарной помощи, и поэтому медицинские школы должны нанимать должным образом подготовленных и опытных лиц и обеспечивать соответствующую подготовку, как правило, на местной коммунально-общинной основе.

18. *Каждая страна должна обеспечивать конкретную/специфическую последипломную подготовку по семейной медицине.*

19. *Непрерывное медицинское образование должно быть нацелено на улучшение деятельности.*

*Комментарий:* Непрерывное медицинское образование (НМО) должно быть сфокусировано на деятельности врачей, отвечающей потребностям пациентов. Частью профессиональных задач всех врачей является их активное участие с коллегами в

непрерывном обзоре их собственной деятельности в свете публикуемых стандартов, руководств и исследований. НМО должно включать, по мере необходимости, обязательство по внесению изменений в практику соответственно с нуждами отдельных лиц и общественности. Каждая дисциплина, включая семейную медицину, должна брать на себя ответственность по планированию и предоставлению своих собственных программ НМО.

---

## *Глава 8      Качество и обеспечение качества*

Вопросы, касающиеся качества медицинской помощи и обеспечения качества, в современной медицинской литературе занимают достаточно видное место. Явление это – не совсем новое, и происхождение его объясняется пониманием того, что существует множество необъяснимых различий в качестве медицинской помощи даже в рамках одной системы здравоохранения. Если некоторые из этих различий связаны с характеристиками больных, то другие имеют отношение к врачам и к оказываемым ими услугам. Если процесс принятия решений в какой бы то ни было медицинской дисциплине не может быть показан как последовательный, “поставщики” (“предоставители”) медицинской помощи обращают свое внимание на экономические последствия медицинских действий. Даже если финансирующие организации могут допускать различия, если последствия затрат нейтральны, они не могут принять их там и тогда, когда существуют значительные различия в рентабельности. Профессиональная свобода действий может быть предоставлена только в рамках ограничений затрат. Если для качества в медицине затраты на медицинскую помощь и их стоимость – не самый главный приоритет, то желание избежать излишних затрат является одним из приоритетов.

Качество медицинской помощи не может рассматриваться независимо от других элементов качества жизни. Качество окружающей среды, условий труда и образовательных учреждений важны в неменьшей степени. Инвестиции в программы улучшения качества жизни общества включают в себя выбор. Качество помощи, оказываемой больным с хроническим обструктивным заболеванием легких, важно, но большими приоритетами во многих отношениях могли бы быть эффективная программа отказа от курения и ограничение индустриального загрязнения окружающей среды. В этой главе мы изучим концепцию качества исключительно в области медицинской помощи, обсудим способы ее измерения и, в конечном итоге, рассмотрим внедрение программы управления качеством.

### **Концепции качества и обеспечения качества**

Возможно, на наиболее простом уровне для врача концепция качества означает “делать правильные вещи в правильное время”, но такая концепция открывает возможности для различных взглядов и мнений. Качество медицинского вмешательства может определяться только тогда, когда действия основаны на научно подтвержденных фактах, а не только на мнениях. Для пациента имеют значение другие

стороны: легкость доступа, выбор врача, симпатия и дружелюбие при оказании медицинских услуг. Забота финансовых администраторов – избежать излишних затрат. Grol<sup>94</sup> предположил, что качество определяется взаимоотношениями между требованием и ожиданиями медицинской помощи, с одной стороны, и фактически оказанной помощью, с другой стороны. В этом определении Grol концентрируется на природе предоставляемой помощи, но, возможно, необходимы более строгие измерения качества. Исторически медицина концентрировалась на данных выживаемости и продолжительности жизни. Успех лечения рака обычно измерялся долей пациентов с 5-летней выживаемостью после лечения. Только выживаемость является очень ограниченным критерием измерения, и поэтому были введены другие оценки измерения качества жизни в последующие годы. Число “приобретенных качественных лет жизни” является конечным измерением, в то время как эффективность лечения может обсуждаться.

Тридцать лет назад Donabedian<sup>95</sup>, ведущий специалист по вопросам обеспечения качества, определил три области, в которых может рассматриваться качество: структура, процесс и конечный результат. В контексте общей практики структура включает в себя качество помещений, оборудования и персонала, имеющегося в наличии для оказания медицинской помощи; тогда как процесс включает в себя деятельность врачей, их компетенцию, степень и масштабы исследований, направления к специалистам, характеристику назначений и т.д.; а конечный результат означает изменения в состоянии здоровья пациента, фактического или потенциального. (Иммунопрофилактика не улучшает здоровье отдельного лица, но обеспечивает защиту против определенного риска.)

Отделение, обособление таким образом оценки качества не учитывает весьма существенные факторы. Медицинская помощь низкого качества может оказываться в наилучших помещениях; а прекрасные результаты могут наблюдаться независимо от процесса. Для общей практики вообще характерно то, что значительная часть помощи оказывается пациентам с “самоограничивающимися (ся)” заболеваниями (т.е. у которых наступает улучшение в любом случае) и пациентам с хроническими дегенеративными заболеваниями, для которых лучший результат, на который можно надеяться, – это снижение уровня дегенерации, которое практически невозможно измерить<sup>33</sup>. Также существует эффект “общего пакета медицинской помощи”. Медицинская помощь – это интеграция структуры, процесса и конечного результата. Качество помощи должно измеряться путем рассмотрения всего пакета в целом.

Слово “обеспечение” вносит другой элемент в дебаты о качестве. Врачи озабочены тем, чтобы показать другим (пациентам и коллегам), что стандарты качества достигнуты. Образовательный подход к управлению качеством основан на официальных экзаменах или на непрерывной оценке. К сожалению, экзамены в виде тестов не всегда соответствуют фактической результативности деятельности<sup>96</sup>. Обеспечение качества должно исходить из обследования действительно случайной выборки пациентов. На этой стадии трудно увидеть, как общая практика может обеспечивать управление качеством такого стандарта.

Качество помощи может оцениваться различными способами для различных целей. Оценка качества частично осуществляется в тех сферах, которые требуют улучшения. Управление качеством было определено WONCA как процесс запланированных мероприятий, основанных на обзоре деятельности и ее улучшении, с целью непрерывного улучшения качества помощи пациентам<sup>94</sup>.

Оценка качества, с сопутствующим управлением качеством, не должна рассматриваться как самоцель. Качество медицинской помощи является отражением как отношения к работе, так и деятельности в специфической ситуации, тогда как готовность рассмотреть свою деятельность была охарактеризована как своего рода гарантия качества<sup>33</sup>. Это – динамическая концепция, призывающая к постоянному стремлению к улучшению качества сверх статус-кво.

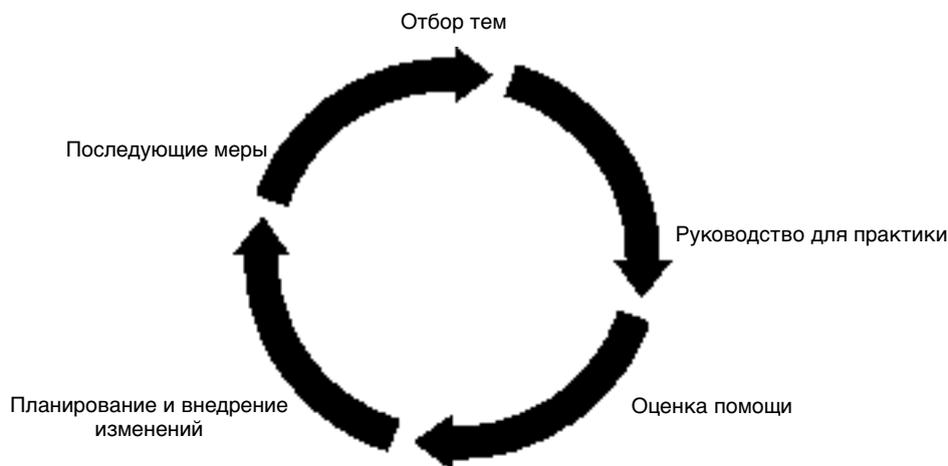
Необходимость улучшения качества может быть суммирована по отношению к росту затрат на медицинскую помощь, повышению правомочий потребителя (“потребитель всегда прав”) и увеличившемуся числу тяжб против врачей, большая часть которых обусловлена нереалистичными ожиданиями, что врачи никогда не делают ошибок. Наличие управления качеством важно и для учреждения общей практики как академической дисциплины. Активное участие в программах управления качеством особенно необходимо в странах, где общая практика должна бороться за “свое место под солнцем” и за свое признание среди других медицинских профессий.

## Обеспечение качества как система

### Петля качества

Определение WONCA, которое было приведено выше, позволило подчеркнуть “запланированные мероприятия” и “непрерывность процесса” как ключевые черты управления качеством. Обеспечение качества является частью слаженной системы взаимозависимых элементов, которые были описаны как петля качества или цикл аудита (рис. 8.1). Он начинается с определения проблемы, определения соответствующих стандартов помощи, сбора данных, с помощью которых может быть измерена степень соблюдения стандартов и нормативов, анализ и интерпретация данных, определение политики, возможно изменения, и последующее упражнение по оценке достижения желаемых перемен.

Петля качества является частью динамического процесса с постоянной “повесткой”; основанного на принципах, согласно которым стандарты меняются со временем, и совершенство всегда достижимо, оно – не за горами, и не за горизонтом. В идеальной ситуации этот цикл аудита должен стать частью нормальной повседневной практики, с регулярным анализом практических мероприятий. Однако мониторинг мероприятий требует времени и усилий, поэтому для удовлетворения потребности проведения аудита и оценки качества необходимо определить их приоритетность по отношению к другим обязательствам по практике. В следующем разделе мы рассмотрим аспекты элементов



**Рисунок 8.1** Цикл обеспечения качества (петля качества)

в цикле, что поможет определить соответствующие мероприятия практики по отношению к обеспечению качества.

### **Соглашение по критериям качества: разработка руководства**

Руководства могут рассматриваться как набор четко определенных соглашений или договоренностей по отношению к соответствующим аспектам (или определенным проблемам) применительно к ведению заболевания и оказанию медицинской помощи. Они могут быть связаны с процессом медицинской помощи, обслуживанием пациентов или практикой административного управления. Руководства могут быть подготовлены для использования в специфической практике, в определенной местности или применяться на национальном уровне. Некоторые руководства косвенно определены во внешних контрактах врача и не нуждаются поэтому в дальнейшем определении. Другие требуют консенсуса практики, который обычно выводится из объективных данных по деятельности практики, а третьи взяты от национальных организаций, разрабатывающих и определяющих политику. Все они потенциально полезны для практики, потому что, в первую очередь, разработка руководств требует от членов команды первичного звена МСП измерять количественные параметры их деятельности и обсуждать цели помощи и задачи, которые они будут ставить перед собой. Некоторые вытекающие из этого преимущества рассматриваются здесь.

### **Исходный критерий**

Руководства могут быть исходным критерием или исходным справочным материалом для проведения стандартизованных сравнений между результативностью деятельности отдельных врачей или между результативностью в разные временные промежутки. На момент написания данной работы большое внимание в Соединенном Королевстве уделялось листу ожидания и были подготовлены руководства, чтобы

определить максимальное число листов ожидания для пациентов, направляемых к специалистам и ожидающих своей очереди. По аналогии, руководства такого рода могут быть подготовлены для пациентов, желающих обратиться к врачу общей практики. Цель может быть определена, как, например: “90% пациентов, нуждающихся в приеме, будут приняты в течение 3 дней”, и это позволяет проводить непрерывную оценку системы назначения посещений.

### **Взаимоотношения с общественностью**

Руководства могут обеспечивать основу для выявления ожиданий пациентов от медицинской помощи, и таким образом они зачастую создаются для учета интересов и удобства пациентов. Врачи, работающие по другим специальностям, могут также найти их полезными в плане их собственных профессиональных ожиданий в отношении врачей общей практики.

### **Руководства по образованию**

Определение целей практики также помогает медицинскому образованию и профессиональной подготовке. Руководства должны быть реалистичными и отражать условия окружающей рабочей среды. Цели должны быть логически обоснованы и реалистичны: если они слишком недостижимы, то тогда они могут даже дать обратные результаты.

При отсутствии научно обоснованных режимов лечения по разнообразным состояниям очень трудно определить руководства для всех клинических состояний. Однако существует несколько тем, для которых руководства могут быть разработаны. Чтобы быть приемлемыми руководства должны касаться наиболее общих проблем практики; они должны быть напрямую связаны с выгодой для пациентов; и должны представлять с достаточной перспективой достижения приемлемого консенсуса работающими вместе врачами. Сбор данных для оценки достижений цели руководства должен быть практичным в отношении времени и усилий, и в конечном итоге должна быть приемлемая научная база для согласования конкретного руководства.

Даже в случаях, когда та или иная тема согласована с легкостью и без возражений, необходим подходящий форум, на котором можно было бы договориться относительно руководств. Они не возникают из ничего: для того чтобы появились полезные руководства, необходима фактическая информация по общей практике. В этом контексте неопределимыми ресурсами для разработки руководящих принципов и рекомендаций являются исследования заболеваемости в рамках практики, описывающие проблемы здоровья и результаты стандартизованных методов анализа деятельности практики.

Доступность информации для публики и распространение ее зависит от того, на каком уровне были созданы эти руководства – на национальном или местном уровнях. В Соединенном Королевстве, например, существуют четко разработанные

руководящие принципы и рекомендации для ежегодной вакцинации против гриппа. Они были определены соответствующим комитетом Департамента здравоохранения, и распространение информации осуществляется путем издания регулярных бюллетеней. Предпочтительней опубликовать руководство, чем контрактное обязательство. Практика может решать индивидуально вопросы политики в отношении назначений или диспансерного наблюдения диабетических пациентов, и в данном случае это не повод для рекламирования. Это “внутреннее” руководство, посредством чего практика будет судить о своей результативности. Самооценка является существенной частью обеспечения качества и может осуществляться по отношению к стандартам, устанавливаемым в рамках самой практики или вне ее.

### **Анализ при оценке качества**

Многие из видов деятельности и вмешательств, осуществляемые в рамках практики, открыты для оценки. На структурном уровне помещения, оборудование, обеспеченность кадрами и подготовка кадров открыты для разработки руководств. Однако существуют трудности в определении основы, посредством которой могут быть определены приемлемый минимум или норма. На уровне процесса как качество взаимодействия с пациентом, так и соответствующее использование диагностических процедур, уровень направлений для специализированного медицинского обслуживания, обоснованность проводимых вмешательств и рамки консультирования по здоровому образу жизни – все это является примером тематик для оценки. В Нидерландах Голландский колледж разработал приблизительно 30 протоколов руководств по вопросам менеджмента/ведения. Они включают в себя, например, инсулиннезависимый диабет, оральную контрацепцию, инфекции мочевыводящих путей и направления<sup>98</sup>. Эти протоколы охватывают оба аспекта – структуру и процесс. Третий элемент (“конечный результат”), по определению Donabedian, является наиболее трудным для оценки. Была введена концепция измерения промежуточных выходных результатов. Например, поскольку табакокурение является вредным, показатели отказа от табакокурения могут рассматриваться как промежуточные показатели конечного результата, даже если не известно, насколько снизились показатели заболеваемости или смертности в определенной когорте пациентов. Этот пример показывает два вида трудностей: во-первых, любые измерения должны иметь статистический смысл, что трудно, когда приходится иметь дело с малыми числами; и, во-вторых, здесь могут быть большие интервалы между вмешательством и конечным результатом.

В оценке качества имеет значение то, какое место в конечном результате занимает “перспектива пациента”. Удовлетворенность пациентов, в частности, по аспектам структуры медицинской помощи, очень важна, хотя и в меньшей степени, когда это касается преимуществ терапевтического вмешательства. Никто не будет удовлетворен, если получит отказ на свои запросы, однако высококачественная помощь может означать отказ на просьбу пациента о назначении антибиотиков. Удовлетворенность пациентов может в значительной степени зависеть от индивидуального опыта<sup>99</sup>, что почти полностью противоречит случайной выборке опытных данных. Необходимо

серьезно рассматривать жалобы, предъявленные пациентами, и внимание, уделенное им, может рассматриваться как одна из характеристик качества медицинской помощи.

Методы оценки качества сходны с методами, описанным ранее при рассмотрении инфраструктуры обучения и подготовки по общей практике (глава 7: Обеспечение подготовки). Особенно похвально проведение непосредственного наблюдения посещающими коллегами, а именно способами, приемлемыми для обеих сторон. Проницательность и интуиция коллег, выполняющих такие же задачи, позволяют сделать простую количественную и общую оценку качества помощи, предоставляемой практикой. Это олицетворяет собой наиболее эффективное средство представления данных обратной связи для общей практики.

### **Повышение качества и последующие меры**

Для обеспечения качества имеется широкий спектр методов, и их выбор зависит в основном от специфической тематики. Какие бы методы ни использовались, влияние оценки на политику в области практики является решающим. Достигнуть изменений в ежедневной практике и в поведении врача общей практики может быть весьма затруднительным делом. Жизненно важно не противопоставить себе тех, на чье сотрудничество рассчитываешь. Врачи, как и все другие люди, могут опасаться внешнего мониторинга – особенно, когда проверка осуществляется финансирующими организациями или медицинской структурой, занимающейся вопросами регулирования. Результат оценки может определить потребности для дальнейшей подготовки в данной области. В настоящее время врачи могут, в целом, определять свои потребности по последипломной подготовке, и любое вмешательство может вызвать обиду.

Поэтому стратегия улучшения качества должна стимулировать врачей. Насколько это возможно, она должна быть вне регулирующей среды. Небольшое улучшение качества помощи, оказываемой большинством врачей, имеет большее влияние, чем радикальное улучшение качества у одного врача. Регулирующее вмешательство может заставить одного врача изменить что-то, но оно должно рассматриваться наряду с возможностью негативного влияния на вовлечение большинства в программы управления качеством. Поэтому важно, чтобы были созданы соответствующие средовые условия. Основными составляющими ее являются: надежная информация о деятельности практики, представлении информации в простой и легкоусвояемой форме, оценка со стороны коллеги, а не внешнего эксперта, и стимулирование разработки программ по корректировке идентифицированных проблем. Место внешней аттестации компетенции, как части общей программы обеспечения качества, пока еще не определено, но это может рассматриваться как логическое развитие инициативы обеспечения качества.

## **Организация обеспечения качества**

Организация программы обеспечения качества требует наличия критической массы. Небольшая группа может не иметь достаточного количества людей, чтобы

противостоять мнению одного, но особенно влиятельного и властного члена. Качество должно обеспечиваться в рамках организованной структуры. По очень специфической административной тематике практики обеспечение качества может быть предпринято всецело в рамках практики, однако там, где это связано с клиническими аспектами лечения обеспечение качества требует более значительного вклада. Этот аспект обеспечения качества должен быть интегрирован в программы непрерывного медицинского образования. Обеспечение качества и непрерывное медицинское образование являются двумя сторонами одной монеты. Программы непрерывного медицинского образования и обеспечения качества могут быть частью процедуры аккредитации (аттестации) или ресертификации; между тем они должны были бы быть частью рабочей недели врача общей практики в такой же мере, как и любые фиксированные консультации. Достигаться это будет с помощью различных национальных программ. В идеале, продвижение программ должно направляться национальными колледжами, но если они окажутся не в состоянии сделать это, эту задачу придется взять на себя органам власти, ведающим вопросами регулирования и регламентирования.

---

## Глава 9 Системы оплаты

В этой главе мы рассмотрим способы, которые применяются в различных системах оплаты труда врачей общей практики с целью повлиять на предоставляемые услуги. В частности, мы изучим влияние на доступ к медицинской помощи, качество медицинской помощи и относительный уровень оплаты труда врачей общей практики, а также влияние структуры вознаграждения на контроль затрат. Reinhardt<sup>100</sup> определил три ключевых вопроса по этой проблеме, и мы добавили четвертый:

- как осуществляется поток денежных средств от отдельных граждан к центральному фонду? Этот вопрос применим к здравоохранению, финансируемому за счет налогов, государственного страхования или частного страхования.
- как осуществляется поток денежных средств от центрального фонда к поставщикам медицинских услуг (путем оплаты в форме зарплаты или подушевой оплаты, оплаты за услуги или оплаты, произведенной самим пациентом и которая в дальнейшем возмещается страховщиками?)
- что является единицей оплаты? Она может основываться на количестве обслуживаемого населения (подушевая оплата), специфическом назначении на работу (зарплата) или на оплате за предоставленные услуги.
- сколько получают врачи общей практики, и как это вознаграждение определяется? Варианты включают в себя целевые доходы, переговоры по непосредственным “рыночным силам” и сопоставление доходов сравнительных групп.

### Перечисление денежных средств в центральный фонд

Можно выделить три вида существующих систем:

- национальная система здравоохранения, где средства собираются путем налогообложения, как, например, в Дании или Соединенном Королевстве;
- общественная система здравоохранения, в которой средства собираются путем сбора обязательных взносов страхования (обычно в зависимости от дохода), как, например, в Бельгии, Италии, Норвегии и Франции;
- частная система страхования, организованная отдельными лицами, страхующими самих себя частным образом, как, например, в случае “избранных” лиц в Нидерландах, и выборочных услуг в Бельгии.

Национальные системы здравоохранения применимы ко всему населению, и средства регулируются и распределяются правительством. Схемы общественного медицинского страхования включают в себя центральную координацию фондов страхования по болезни с автономным управлением в регионах. Система такого типа была введена Bismark в Германии в XIX веке и затем принята другими европейскими странами. Хотя система, основанная на страховании, необязательно охватывает все население, в большинстве стран, применяющих эту систему, доля населения, не включенная в этот охват, очень мала. Схемы частного страхования в некоторых случаях могут сосуществовать с национальной системой здравоохранения или схемами общественного страхования. В Нидерландах частное страхование широко используется для финансирования медицинской помощи лицам, располагающим доходом выше определенного уровня. В Бельгии схемы частного страхования используются для оплаты тех услуг общей практики, которые не охвачены схемами национального медицинского страхования.

Национальные системы здравоохранения более надежны и безопасны для отдельного лица. Но из-за отсутствия непосредственной финансовой связи между поставщиком/предоставителем медицинских услуг (врачом или стационаром) и пользователем системы здравоохранения (пациентом) они имеют потенциальные недостатки. С одной стороны, пользователи не имеют никакого финансового влияния на медицинскую помощь, которую они получают, и, с другой стороны, поставщикам/предоставителям трудно контролировать аспекты, связанные с использованием учреждений. Схемы частного страхования, если они не существуют параллельно с общественными схемами страхования, могут исключить значительное число людей, в частности, наиболее больных лиц. По определению, частные схемы должны быть финансово устойчивы и должны определять свои страховые взносы в соответствии с рыночными силами. Наиболее больные лица находятся в группах наибольшего риска.

## Распределение ресурсов

Центральный фонд может использоваться для оплаты работы поставщиков медицинских услуг либо напрямую, либо косвенно, путем возмещения затрат пациентов, оплачивающих услуги врачей. Возмещение затрат может быть частичным или полным. Схемы частичного возмещения позволяют осуществлять финансовое влияние на транзакции между врачом и пациентом. Этот элемент софинансирования может выступать в трех формах<sup>101</sup>: “сострахования”, когда пациент выплачивает оговоренный процент от стоимости; “сооплата”, когда пациент выплачивает фиксированную сумму на единицу услуг, например за консультацию или за назначение лекарственного средства (выписанный рецепт); в подлежащей “вычету” форме, согласно которой пациент оплачивает все затраты до определенного уровня, обычно в зависимости от уровня дохода. Считается, что схемы софинансирования сокращают чрезмерное использование медицинских услуг по незначительным проблемам, но потенциально они могут вызывать задержки в консультировании пациентов в случае

серьезных проблем со здоровьем. Схемы софинансирования могут наиболее сильно повлиять на группы населения с низкими уровнями доходов и в определенном смысле ограничить доступность медицинской помощи.

Принцип софинансирования не должен применяться к первоначальному решению обращения за консультацией. Даже в национальных системах здравоохранения, софинансирование может применяться там, где речь идет о прописываемых лекарствах. Хотя некоторые из затрат в таких обстоятельствах исходят от пациента, такие меры не предотвращают чрезмерное использование медицинских услуг<sup>102</sup>.

## Единица оплаты

Методы оплаты могут основываться на:

- единицах услуг – метод оплаты за услугу, широко применяемый в США, Бельгии, Франции и Германии;
- единицах населения – подушевая оплата, где, по меньшей мере, доля оплаты основана не столько на предоставленных услугах, сколько на количестве обслуженных пациентов; эта система преобладает в Нидерландах, Италии и Соединенном Королевстве;
- единицах времени – зарплате, контрактном соглашении, где оплата осуществляется по отработанным часам; эта система применяется в Финляндии, Швеции и Норвегии и во многих частях мира вне Западной Европы.

В приведенных примерах мы определили страны по преобладающей системе оплаты. В большинстве этих стран существуют элементы более чем трех методов. Например, в Австрии и Дании это – смешанная система подушевой оплаты и оплаты за услуги; в Соединенном Королевстве за некоторые виды услуг выплачиваются гонорары, и существует базовое пособие/содержание на практику, но в основном доход врача общей практики определяется компонентом подушевой оплаты. В целом же, подушевая оплата сочетается с системой, когда доступ к специалистам ограничивается направлениями от общей практики (роль фильтра в доступе к стационарам). Однако роль фильтра не полностью определяется подушевой оплатой; в Норвегии и Финляндии врачи общей практики получают зарплату, но сохраняют за собой роль фильтра.

Было бы неэтичным для врачей позволить системе вознаграждения влиять на их суждение о лечении пациента, нуждающегося в медицинской помощи. Однако в рамках зоны “неопределенности”<sup>1,8</sup> этические вопросы неодинаковы, и врачи могут действовать, исходя из своих собственных финансовых интересов. Именно в этой сфере три системы оплаты различаются в отношении связи между доходом, с одной стороны, и временем, затраченным на оказание помощи, с другой. В системе оплаты за услугу врач общей практики вознаграждается за работу сверхурочно; чем больше оказано

услуг, тем выше доход. При системе подушевой оплаты оказание большего числа услуг не приведет к увеличению дохода; на деле большее число услуг может вовлечь большие затраты времени, но не увеличить доход. При системе выплаты зарплаты речь идет об определенном фиксированном компоненте времени врача общей практики, если только не существует какая-то гибкая система оплаты, позволяющая врачу получать сверхурочные за дополнительные услуги. Кроме того, в целом, система оплаты за услуги приводит к увеличению активности врача, а подушевая оплата и выплата зарплаты к снижению активности врача.

Медицинская помощь, предоставляемая врачами общей практики, менее затратная, чем помощь, предоставляемая специалистами. Поэтому целесообразно устанавливать системы оплаты, которые не поощряют необоснованные направления к специалистам. Система оплаты за услугу кажется наиболее низкозатратной, но этот аргумент не воспринимается в силу ряда причин. Во-первых, врачи с высоким уровнем активности не всегда имеют низкий уровень направлений к специалистам. Flierman<sup>103</sup> различает диагностические и терапевтические услуги, указывая на большую профессиональную неопределенность, связанную с предоставлением диагностических услуг. Если сдерживание затрат является важным элементом системы оплаты за услуги, то тогда оплата должна основываться на терапевтической, а не диагностической деятельности, но даже при этом, следует исходить из проблемы характера и особенностей болезни, а не предоставленных услуг. Во-вторых, система оплаты за услуги может способствовать тому, что будут стимулироваться одни виды услуг, а другие – трудноизмеримые – услуги не будут поощряться. Например, оплата может производиться за запись ЭКГ, но ее не будет за дополнительное время, потраченное на получение хорошей истории болезни или обсуждение образа жизни пациента. В конечном итоге, оплата за услуги включает в себя значительную административную поддержку, и поэтому предсказать общие затраты бюджета здравоохранения очень нелегко.

## Уровни вознаграждения

Существуют крайности, когда вопрос вознаграждения может быть либо полностью отдан на откуп силам рынка, либо жестко контролироваться национальной политикой доходов. Между этим двумя позициями вознаграждение может быть определено, используя сложившуюся уже процедуру переговоров (связанную с оплатой за услуги, или подушевой оплатой или зарплатой), которая может включать в себя определенные ограничения, направленные на снижение расходов здравоохранения.

Если действуют рыночные силы, предложение и спрос на врачей общей практики является доминирующим вопросом. В большинстве стран государство играет большую роль в учреждении медицинских школ и финансировании студентов-медиков. Это влияет на предложение врачей, защищая предложение от жесткого воздействия крайних проявлений рыночных сил. Однако теоретически, правительство, беря на себя

затраты на обучение излишнего числа врачей, может быть в более лучшей позиции для ограничения их вознаграждения впоследствии.

В ситуациях, когда предложение и спрос на врачей не соответствуют друг другу, не существует реальной озабоченности ни достоинством врачей, ни качеством медицинской помощи, оказываемой ими. Правительства должны создать подходящую “окружающую среду” для медицинского обслуживания просто потому, что люди требуют его и нуждаются в нем, хотя они и не всегда озабочены вопросами качества медицинской помощи в самую первую очередь. При составлении бюджета в условиях открытого рынка весьма затруднительно планировать или предусматривать с точностью спрос на медицинскую помощь, который может варьировать в силу непредсказуемых причин.

Принимая во внимание, что мы не можем быть свободны от рыночных сил, системы оплаты услуг и пособий/содержаний представляют значительные возможности для переговоров. Один вид оплаты может казаться приемлемым, а другой нет; избирательная приемлемость шкалы оплат является могучим инструментом. Там, где врачи оплачиваются за услуги, поставщики медицинских услуг должны будут гарантировать приемлемость комплексного пакета медицинских услуг: избирательное исключение ключевых позиций может вызвать большую проблему для менеджеров фондов страхования по болезни. Если переговоры осуществляются без соответствующего контроля качества, этот метод оплаты будет иметь тенденцию к подрыву усилий по улучшению семейной медицинской помощи, а также неэффективным как средство контроля затрат<sup>104</sup>. Оплата только за минимум услуг будет способствовать обеспечению только минимума услуг.

Расширение метода оплаты за услугу включает также использование верхнего предела расходов. Эта процедура очень непопулярна среди врачей, хотя финансирующие организации прибегают к ней для того, чтобы усилить общий бюджетный контроль. Этот метод также применялся в системах подушевой оплаты. В Соединенном Королевстве целевой, или эталонный, уровень дохода (поступлений) врачей общей практики определяется путем ссылки на средний заработок в эквивалентных профессиях. Это сравнение осуществляется командой советников правительства, опирающихся на фактические данные и доказательства из правительственных источников и источников в самой профессии. Как только цель определена, относительное распределение подушевой оплаты и оплаты за услуги определяется путем переговоров с представителями профессии. Такая процедура непопулярна у врачей, потому что не полностью отвечает повышенному спросу на медицинские услуги. Хотя средний доход, может быть, и учитывает инфляцию по годам, но средняя нагрузка выросла. Аналогичная система действует в Нидерландах. Фундаментальным для этой системы является то, что уровень найма кадров контролируется правительством, и это дает врачам общей практики преимущество большей безопасности в работе по сравнению с врачами, работающими на основе оплаты за услуги.

## Соглашения по вознаграждению и доходу

Выше были рассмотрены различные методы оплаты. Исследования фактического воздействия систем вознаграждения были осуществлены рядом исследователей. Sandier<sup>105</sup> обнаружил, что сколько-нибудь последовательной связи между системой оплаты врачей в различных европейских странах и уровнем достигнутого дохода не существует. Delnoij<sup>106</sup> сообщал об общем снижении дохода врачей общей практики в Европе по отношению к ВВП в 1975–1990 гг., но снижения в такой же степени не было в странах, где позиции врачей общей практики были сильны и не было опасности избыточного числа врачей (Дания, Нидерланды, Соединенное Королевство). Дело в том, что плотность врачей и регулирование кадровых ресурсов путем контроля числа студенческих мест и контроля над распределением по специальностям и общей практикой являются ключевыми детерминантами дохода. Оба этих аспекта должны быть установлены на фоне повышающихся ожиданий общественности от медицинских услуг, достижений медицинской помощи и увеличения продолжительности жизни, в частности среди лиц с хроническими заболеваниями, чьи потребности в медицинской помощи гораздо выше по сравнению с тем, что было 30 лет тому назад.

---

# Глава 10      *Планирование кадровых ресурсов*

Медицинская помощь является весьма трудоемкой. Организация эффективной практики и административно-управленческая компьютеризация оптимизируют время, имеющееся у врачей общей практики для оказания клинических услуг. Они требуют длительного периода обучения и работают на высоком уровне ответственности, где ошибки могут иметь особо серьезные последствия. Настоящий раздел посвящен детальному рассмотрению планирования кадровых ресурсов.

## Определение

Исходное определение Spurgeon<sup>107</sup> – “стратегия приобретения, введения и улучшения ресурсов предприятия” – не является идеальным, так как с точки зрения национальной перспективы, общая практика не является предприятием в обычном коммерческом смысле. Bramhan в той же публикации предложил предпочтительную альтернативу: “планирование кадровых ресурсов связано с попыткой создания более четких взаимоотношений между работой, которая должна быть осуществлена, и наличием людей, которые эту работу могут выполнить соответствующим образом, причем не только в настоящий момент, но и в будущем”.

Кроме того, необходимо достичь соглашения по определению того, что значит “работа, которая должна быть проделана”; описание работы врача общей практики может варьироваться от страны к стране. Имеющаяся в наличии рабочая сила – это число врачей, ищущих работу. Медицинская регистрация в большинстве стран может дать информацию о числе врачей, но точное число желающих работать в области здравоохранения – это другой вопрос. Женщины-врачи, в частности, могут искать работу на неполный день, и некоторые врачи могут быть заинтересованы в работе вне медицинской роли в сфере лечения и ухода – например, в фармацевтической промышленности. Мы уже подчеркивали важность подготовки по общей практике, и в этом контексте мы, в частности, озабочены числом хорошо подготовленных врачей, ищущих работу. В недавнем обзоре (Baker et al.<sup>108</sup>) отмечалось, что из 166 вновь обученных врачей общей практики, не прошедших еще процедуру официального утверждения, приблизительно половина не работала в сфере общей практики. Методология этого исследования не позволяет экстраполировать результаты этого обзора на другие ситуации или другое время. Однако имеются доказательства того, что доход и условия работы являются превалирующими факторами, оказывающими влияние на управление кадровыми ресурсами, когда вновь подготовленные врачи общей практики принимают решения о возможностях карьеры.

Управление кадровыми ресурсами для общей практики должно рассматриваться в более широком контексте управления ресурсами всей медицины. Стратегии по достижению надлежащей сбалансированности существуют в сравнительно немногих странах. Задача более трудна там, где врачи работают независимо в специализированной или общей практике. Именно в этой ситуации, вопрос с переизбытком кадров является наиболее проблематичным.

Определение Bramhan относится как к настоящему, так и к будущему. Прогресс и достижения медицинской технологии опережают время и реальные возможности медицинской подготовки. Тем не менее для тех, кто осуществляет планирование, существует потребность в подготовке как можно большего числа прогнозов. Это включает в себя не только прогнозирование роли врача, но и прогнозирование наличия имеющихся кадровых ресурсов. За последние 40 лет произошло значительное увеличение числа женщин, работающих в сфере медицины, сократилась продолжительность обычной “рабочей жизни” врачей из-за более продленного времени обучения и раннего выхода на пенсию; общество должно было принять как желаемое более длительные отпуска и периоды отсутствия на работе ввиду прохождения непрерывной медицинской подготовки. Все это отразилось на планировании кадровых ресурсов; что из этого могло быть предсказано? Несмотря на все эти трудности, стратегическое планирование кадровых ресурсов является целесообразным и оправданным, но ограничения планов должны быть также признаны.

## Вовлеченные стороны

Вовлеченные во все эти процессы стороны зависят от ситуации в здравоохранении в стране. Правительство должно всегда заботиться о благополучии своих граждан, даже если оно и не вовлечено напрямую в сферу финансирования здравоохранения. Существует финансовый аспект не только в отношении вознаграждения врачей и большого числа других смежных контингентов медперсонала, но также в отношении проблем со здоровьем, так как состояние здоровья общества в целом влияет на рабочую силу в стране.

Менеджеры здравоохранения – независимо от того, кому они подотчетны: правительству, региональным органам здравоохранения или фондам медицинского страхования – играют несомненную роль в определении распределения врачей как по различным частям страны, так и по специальностям. Хотя менеджеры могут рассматривать бюджетные вопросы и распределение средств, они не всегда определяют общий бюджет здравоохранения. Таким образом, финансирующие организации являются вовлеченными, и во многих случаях они являются одной из ветвей правительства. Различные учреждения медицинской подготовки играют важную роль: университеты – в отношении додипломной подготовки, а академические колледжи – в отношении непрерывного медицинского образования и поддержания профессиональных стандартов. В конечном итоге, организациям, представляющим интересы пациентов, должна быть дана возможность влиять на законные ожидания в отношении медицинских услуг.

## Перспективные оценки и прогнозы

Прогнозы должны основываться на предложении и требованиях<sup>109</sup>, и начать необходимо с того принципа, что тенденции, наблюдаемые во времени, будут продолжаться<sup>110</sup>. Это, однако, не исключает введения в предсказательную модель допущений, основанных на научной интуиции или на обдуманных и взвешенных решениях.

### Прогнозы в отношении кадрового обеспечения

Многие из вопросов, касающихся предложения медицинских выпускников, уже рассматривались выше. Ключевыми при этом являются следующие факторы:

- число врачей, получающих квалификацию ежегодно, что связано с политикой стран в области набора студентов;
- распределение квалифицированных врачей по специальностям;
- средняя продолжительность работы подготовленного врача, с подходящим регулированием затрат времени на непрерывное медицинское образование;
- желание и способность обученных врачей продолжать работать.

### Требования к прогнозированию

Имеющийся в наличии контингент врачей общей практики в определенной степени влияет на требования, так как если есть врачи, готовые оказывать дополнительные услуги, пациенты постепенно начнут ожидать их. Однако, несмотря на это ограничение, основными факторами являются:

- демографические тенденции – здесь мы рассматриваем не только абсолютное число людей, но и ожидаемые изменения возрастного распределения;
- рост/развитие потребностей в отношении здоровья – достижения в области медицины вынуждают постоянно пересматривать потребности и качество медицинских услуг, необходимых для их удовлетворения;
- повышение требований/спроса в отношении здоровья – что очень трудно предсказать или спрогнозировать, так как это зависит от наличия врачей, чтобы обеспечить спрос, в дополнение к таким факторам, как цена и доступность; однако, там где динамика использования медицинской помощи может быть определена, это должно быть принято во внимание;
- цели услуг – это политические решения; например, пересмотр политики по иммунизации, внедрение программы скрининга или пересмотренного определения оптимального соотношения между пациентами и врачами – все это влияет на прогнозирование.

Deliège<sup>109</sup> считал, что эти факторы имеют различное влияние, в зависимости от развития медицинских услуг в данной стране. Потребности в отношении здоровья

являются наиболее полезным параметром в странах, где медицинские услуги хорошо развиты и приближаются к максимальным стандартам медицинской помощи, которые медицинская наука может предложить, или в странах, где новые услуги или виды обслуживания еще только рассматриваются. Потребности и требования в отношении здоровья могут использоваться как параметр в странах, где значительная доля медицинских услуг предоставляется частным сектором или где ожидаются большие изменения в спросе. Во всех других ситуациях должны использоваться основные задачи служб здравоохранения.

### **Моделирование кадровых ресурсов**

В 1992 г. к Институту ПМСП (NIVEL) (Нидерланды) обратились с просьбой сделать оценку требований к обучению, достаточную чтобы обеспечить адекватный найм кадров по общей практике до 2005 г. С этой целью несколькими годами ранее Hingstam et al.<sup>111</sup> была разработана модель. Эта модель позволяла рассчитать число врачей общей практики, необходимое на любой момент времени, поделив общий спрос на услуги врачей общей практики на нагрузку врачей общей практики на тот момент. Суммарный спрос был эквивалентен общему числу часов в год, потраченному врачами общей практики на медицинскую помощь пациентам, с предположением изменений, ожидаемых к 2005 г. Эти предположения включают в себя 12,5-процентный рост демографических изменений. (Предположения эпидемиологических, культурных и технических изменений были сочтены не поддающимися измерению, и были проигнорированы). Нагрузка врачей общей практики была рассчитана как общее число часов, которыми располагают врачи общей практики для помощи пациентам. Предположения, соответствующие 2005 г., включали в себя увеличение на 17,7% на ожидаемое уменьшение часов работы, 2,3% – на сокращение числа рабочих недель с 48 до 45 в год, 16,6% – на сокращение медицинской помощи из-за повышенных обязательств по непрерывному медицинскому образованию и 3,7% на ожидаемое увеличение средней продолжительности консультаций. Были также сделаны оценки, чтобы покрыть потери в связи с миграцией. Во многих странах ожидаемые изменения в относительной доле женщин-врачей общей практики являются важным параметром, так как число лет полной занятости, потраченных ими при полной занятости, меньше, чем у мужчин.

Оценки, сделанные в Нидерландах, позволили предположить число, значительно превышающее число существующих практик подготовки. На деле, существующие учреждения были достаточны только для того, чтобы отреагировать на ожидаемые демографические изменения.

## **Планирование кадровых ресурсов и исследований**

Предпосылкой планирования кадровых ресурсов является поддержание комплексных долгосрочных записей “фондов” имеющихся врачей общей практики – “приток” и “отток”. Детальные данные – возраст, пол, опыт подготовки, географическое

распределение, эмиграция и иммиграция врачей – необходимы для того, чтобы оценить возможные последствия изменений в политике.

Не менее важной является способность определять реалистические предположения по динамике нагрузки. Martin<sup>112</sup> перечислил различные факторы, влияющие на нагрузку врачей общей практики и некоторые из них представлены ниже:

- увеличение числа пациентов с хроническими заболеваниями, обслуживаемых в рамках общей практики;
- передача оказания медицинской помощи психически больным с госпитального уровня на уровень общности;
- увеличение доли скрининга в общей практике;
- повышенная занятость врачей общей практики по обслуживанию дополнительных назначений, например, в школах или по профессиональным болезням;
- увеличение продолжительности времени консультаций.

Влияние на нагрузку врача общей практики может оказать наличие этнических меньшинств из-за присущих им языковых различий и спектра заболеваний. Однако прежде чем эти факторы будут автоматически приняты как факторы, увеличивающие нагрузку, необходимы объективные доказательства. Улучшение образования и состояния здоровья может уменьшить различия между этническими группами населения и населением в целом ко времени достижения пожилого возраста, когда значительно увеличивается влияние хронических заболеваний.

Взаимоотношения между уровнем консультаций и системой вознаграждения далеко неоднозначны. Существуют большие различия между практиками в том, что касается среднего числа консультаций на пациента. В Нидерландах уровень консультаций выше среди 60% населения, охваченного общественной системой страхования, по сравнению с 40% населения, охваченного частными схемами страхования. Взаимодействие между системами оплаты уже обсуждалось (глава 9), но здесь важно подчеркнуть, что изменения в системе оплаты могут влиять на планирование кадровых ресурсов.

## Инструменты кадровой политики

Целью планирования кадровых ресурсов является предупреждение как недостатка, так и избытка кадров. Средства, имеющиеся для достижения этой цели, фокусируются в основном на уровень найма кадров и надлежащую подготовку по общей практике. Кроме того, необходимо обеспечить, чтобы положение врача общей практики было достаточно привлекательным, и поддерживать эту привлекательность по сравнению с другими специальностями и другими видами профессионального обучения, которые могут рассматриваться студентами-медиками как более привлекательные.

Дополнительное внимание может потребоваться, чтобы гарантировать адекватный найм кадров врачей общей практики для работы в различных регионах страны, а также для того, чтобы максимально эффективно использовать рабочую силу, часть которой может быть занята полный рабочий день и часть – неполный. Комбинированный эффект длительного додипломного курса и последипломной профессиональной подготовки означает наличие очень длительного и затяжного периода времени между принятием политического решения и практическим воздействием на предоставление необходимых врачебных кадров. Теоретически возможно, что сокращенный период подготовки может рассматриваться как приемлемый вариант политики для решения неотложных или чрезвычайных ситуаций. Однако основная направленность этой книги именно в том и состоит, чтобы обеспечивалось оказание высококачественной медицинской помощи хорошо подготовленными врачами, тогда как политика сокращенного обучения может быть оправдана только в крайне экстремальных неотложных ситуациях (например, в военное время).

Структурные возможности профессии в рамках общей практики могут рассматриваться как способ решения проблем в регионах с низкой обеспеченностью кадрами. Желательным для врачей может быть получение опыта в различных учреждениях практики, включая сельские и городские, а также молодой и пожилой контингенты обслуживаемого населения. Для лиц, занимающихся планированием, может считаться преимуществом обеспечение адекватных услуг в регионах, где недостает врачей, однако если качество помощи имеет хоть что-то общее с непрерывностью оказания помощи, то может быть подорван один из основных устоев или принципов надлежащей общей практики. Финансовые стимулы широко использовались в Соединенном Королевстве, чтобы привлечь врачей в регионы с низкой кадровой обеспеченностью, но у этих стимулов есть весьма существенный недостаток: эти стимулы предоставляются на временной основе<sup>114,115</sup>.

В конечном итоге, условия работы врачей общей практики могут использоваться для того, чтобы повлиять на найм кадров. Хорошие помещения для практики должны предоставляться на предпочтительной основе в местностях и регионах с ограниченными возможностями кадрового обеспечения. Молодых врачей можно привлечь высококачественными помещениями и хорошими условиями.

# Часть II

*Европейское исследование  
профилей задач врачей  
общей практики*

---

# Глава 11      *Методы обзорного исследования*

Европейское исследование профилей задач врачей общей практики было проведено, чтобы описать и объяснить различия позиций врачей общей практики и врачей первичной медико-санитарной помощи в европейских странах. Роль врачей общей практики как “точки доступа” к медицинской помощи и широта услуг, оказываемых ими, являются ключевыми элементами. Они рассматривались в контексте ведения больных и последующего наблюдения за ними, показаний к малой хирургии и техническим процедурам и обеспечению профилактических услуг и скрининговой практики. Исследование также было нацелено на описание рабочей окружающей среды, команды первичного звена, часов работы, наличия консультаций, оборудования практики, посещений на дому и работы вне практики. Вопросы, использованные для получения этой информации, суммированы в Приложении 2.

Исследование было направлено на определение национальных различий, и, следовательно, вопросы о наиболее очевидных задачах врачей общей практики не были включены. Мы были, в частности, заинтересованы деятельностью, которая может повлиять на взаимодействие между первичной медико-санитарной помощью и вторичной помощью. Вопросы о малой хирургии и более серьезных заболеваниях были особенно важны для освещения этой области. Исследование было предпринято, чтобы обеспечить полное описание всех задач и мероприятий врачей общей практики, но не оценивать качество медицинской помощи. Оно было сфокусировано на организации. Услуги, предоставляемые врачами общей практики в одной стране, в другой стране могут оказываться другими профессионалами. В этой книге описаны результаты исследования. Вариации по отношению к структуре системы здравоохранения сообщаются отдельно<sup>116</sup>.

## Организация и выборочное исследование

Обзорное исследование финансировалось Европейской комиссией в рамках программы БИОМЕД-1 и поддерживалось Европейским региональным бюро ВОЗ. Оно было выполнено Нидерландским институтом ПМСП в сотрудничестве с сетью национальных координаторов (см. раздел “От авторов”), которые привлекались к участию на всех стадиях<sup>117</sup>. Информация была собрана путем использования стандартной анкеты, переведенной на национальные языки. Всего было 26 вариантов анкеты. Целью было получить 200 заполненных анкет в каждой стране, предпочтительно от респондентов, отобранных методом случайной выборки (за исключением Исландии и Люксембурга, где население, обслуживаемое врачами общей

практики незначительно). Размер выборки в каждой стране зависел от ожидаемого уровня ответа респондентов. В некоторых странах проводились более широкие выборки, чем необходимо, исходя из ожидания меньшего ответа. Во многих странах Центральной и Восточной Европы врачей общей практики фактически не было, и в этих странах пришлось привлечь районных врачей (общепрактикующих врачей). Задачи исследования не могли быть достигнуты во всех странах, хотя этого и следовало ожидать, принимая во внимание большое число охваченных стран. Исследование медицинских услуг было на стадии раннего развития, и во многих странах не было необходимой инфраструктуры. Во многих странах, особенно Восточной Европы, врачи общей практики были включены в исследование по регионам/областям, принимая во внимание степень урбанизации. Там, где это было практически невозможно, были опрошены выборочно врачи, работавшие в поликлиниках или медицинских центрах, и такой подход оказался очень эффективным. В странах, где ожидалось очень незначительное участие, мы сделали отступления в процедуре отбора, с тем чтобы получить желаемое число респондентов. В Бельгии, например, в дополнение к случайной выборке, были также опрошены врачи общей практики, работающие в филиале Бельгийского колледжа врачей общей практики. В Германии анкеты были распространены методом случайной выборки в одном регионе и среди преподавателей общей практики по всей стране. Во Франции необходимый контингент был охвачен путем выборки, используя обычные рекламные объявления в двух популярных медицинских журналах.

## Ответы врачей общей практики

В большинстве стран была осуществлена процедура случайной выборки (табл. 11.1). Однако из-за низкого уровня ответов респондентов во многих странах (особенно на Западе), где уровень ответов был ниже 50%, могло возникнуть смещение. Мы можем лишь предполагать, является ли отклонение из-за выборочного набора среди случайной выборки отличным от отклонения ввиду выборочного отбора по другим причинам. Сравнение результатов с национальными данными показало в целом, что наиболее молодые и старшие возрастные группы врачей общей практики были представлены недостаточно. За исключением Турции, имела место общая недопредставленность городских врачей. В странах с недостаточно развитой общей практикой (например, в Греции и Латвии) была преднамеренно сверхпредставлена небольшая группа высококвалифицированных врачей общей практики. Несмотря на эти оговорки, в большинстве стран распределение общепрактикующих врачей-респондентов оказалось соответствующим национальным показателям. В общей сложности, в обзоре участвовали 7233 врача общей практики и врачей первичной медико-санитарной помощи.

## Оценка результатов анкетирования

Роль врача общей практики по первому контакту в связи с проблемами здоровья, применением медицинских методик, лечением и последующим наблюдением

Таблица 11.1 Процедуры ответов и выборки в разбивке по странам

Страна	Число заполненных анкет	Уровень ответов (%)	Процедура выборки
Австрия	301	50	Случайная (национальная)
Бельгия	518	28	Другая
Болгария	242	84	Случайная (регионы)
Венгрия	162	36	Случайная (национальная)
Германия	169	44	Другая
Греция	179	33	Случайная (национальная)
Дания	196	56	Случайная (национальная)
Израиль	673	78	Случайная (национальная)
Ирландия	130	65	Случайная (национальная)
Исландия	52	37	Все работающие врачи общей практики
Испания	574	42	Случайная (национальная)
Италия	345	51	Другая
Латвия	227	45	Случайная (регионы)
Литва	333	87	Случайная (регионы)
Люксембург	54	30	Все работающие врачи общей практики
Нидерланды	210	53	Случайная (национальная)
Норвегия	164	52	Случайная (национальная)
Польша	277	46	Случайная (регионы)
Португалия	151	38	Случайная (национальная)
Румыния	232	52	Другая
Словения	162	65	Другая
Соединенное Королевство	301	30	Случайная (национальная)
Турция	199	50	Случайная (регионы)
Финляндия	239	42	Случайная (национальная)
Франция	235	н/д	Другая
Хорватия	202	59	Случайная (регионы)
Чешская Республика	132	51	Случайная (регионы)
Швейцария	200	50	Случайная (национальная)
Швеция	209	52	Случайная (национальная)
Эстония	165	70	Случайная (национальная)
Всего	7233		

изучалась по серии вопросов. Респонденты отвечали согласно четырехбалльной шкале, определяющей степень понимания ими специфических проблем здоровья и степень осуществления ими специфических терапевтических вмешательств.

При анализе данных была использована процедура шкалирования<sup>116</sup>, чтобы определить отклонения и непоследовательность, что привело к исключению отдельных единиц. Это облегчило связь между вопросами, которые можно было проанализировать как единую группу: например, среди вопросов, имеющих отношение к первому контакту с медицинской службой, были объединены в группы проблемы детей и острые неотложные случаи.

## Представление данных

В презентации результатов исследования баллы по странам представлены в таблицах. В тексте же соответствующий материал суммирован путем перечисления стран по ранговому порядку или путем групповой классификации, согласно сообщенным баллам.

---

# *Глава 12 Место врачей общей практики в системе здравоохранения*

## **Обеспеченность врачами общей практики и официальная позиция**

### **Обеспеченность врачами общей практики**

Среднее число жителей, приходящееся на врача общей практики в европейских странах, характеризуется значительными колебаниями (табл. 12.1). В 1991 г., когда собирались данные для Европейского исследования профилей задач врачей общей практики, самое низкое соотношение было в Бельгии (588:1); в Италии и Франции соотношение было также менее 1000 жителей на врача общей практики. Такие ситуации затрудняют поддержание приемлемого уровня дохода и усиливают конкуренцию между врачами общей практики и узкими специалистами. С другой стороны, число врачей общей практики в некоторых странах весьма незначительно. Например, в Греции в 1991 г. в значительных частях страны не было врачей общей практики, и медицинская помощь оказывалась специалистами. Для сравнения: обеспеченность врачами общей практики была низка в Швеции, Нидерландах, Швейцарии и Хорватии, хотя эти страны значительно отличаются друг от друга в предоставлении медицинской помощи. В Швеции и Швейцарии врачи общей практики были не только “предоставителями” первичной медико-санитарной помощи, в то время как в Нидерландах и Хорватии их роль была определяющей. Неудивительно, что в Бельгии и Италии, где, в частности, обеспеченность врачами общей практики высока, в качестве врачей общей практики работал целый ряд врачей смежных профилей. Во Франции врачи общей практики составляют значительное большинство от общего числа врачей. С другой стороны, в Болгарии, Швеции и Испании, Западной Германии, Швейцарии и Нидерландах врачи общей практики составляют только 20% от общего числа врачей.

### **Роль фильтра**

В 12 странах врачи общей практики выполняют роль фильтра по отношению ко вторичной медицинской помощи (в табл. 12.1 страны отмечены звездочкой). Следовательно, пациенты обычно посещают своего врача общей практики в первую очередь, даже если им необходима помощь специалиста. Вероятно, что роль фильтра будет наблюдаться в разной степени последовательности. Более

**Таблица 12.1** Положение врачей общей практики, выступающих в роли “фильтра”, а также по параметрам плотности, занятости, возраста и пола

Страна	Число жителей на 1 ВОП (1)	% ВОП, работающих не по найму (2)	Средний возраст (2)	% женщин ВОП (2)
Австрия	1532	99	45,0	12
Бельгия	588	97	42,3	14
Болгария	н/д*	1	38,4	63
Венгрия	1975	12	51,0	32
Германия (Западная)	2110	100	49,2	16
Германия (Восточная)	1870	н/д	н/д	н/д
Греция	н/д	30	45,1	25
Дания**	1609	100	49,0	16
Израиль**	н/д	17	46,6	37
Ирландия**	1559	91	45,8	25
Исландия**	1594	25	42,6	12
Испания**	1970	4	41,5	34
Италия**	930	98	44,1	16
Латвия	н/д	3	42,3	77
Литва	н/д	0	43,1	89
Люксембург	1680	98	41,1	17
Нидерланды**	231	93	44,8	19
Норвегия**	1360	58	43,1	25
Польша	н/д	0	44,8	42
Португалия**	1476	1	40,9	49
Румыния	н/д	6	40,8	74
Словения**	н/д	1	41,4	55
Соединенное Королевство**	1892	99	46,2	22
Турция	н/д	3	30,6	34
Финляндия	1582	2	40,2	54
Франция	943	97	42,8	13
Хорватия**	2010	0	43,7	66
Чешская Республика	1527	33	42,9	62
Швейцария	2030	99	48,2	7
Швеция	2870	1	47,0	35
Эстония	н/д	1	43,9	94

**Примечание:**

(1) *Источники:* Воerma et al., 1993; Отчеты Всемирного банка; Данные ОЭСР по здоровью, 1993, (данные приводятся с 1989 по 1992 гг.).

(2) *Источники:* NIVEL/Европейское исследование профилей задач врачей общей практики.

\* н/д – нет данных.

\*\* Врачи общей практики выполняют роль “фильтра” ко вторичной помощи.

того, в некоторых странах (например, Италии и Испании), роль таких фильтров выполняли не только врачи общей практики, но и педиатры, работающие на уровне населения, контролировавшие доступ к услугам узких специалистов.

### **Структура и занятость**

Занятость врачей общей практики тесно ассоциируется со структурой системы здравоохранения. В большинстве стран Западной Европы (Австрии, Бельгии, Германии, Дании, Ирландии, Италии, Люксембурге, Нидерландах, Соединенном Королевстве, Швейцарии и Франции) врачи общей практики работали, в основном, не по найму. В Испании, Португалии, Швеции и Финляндии они получали зарплату. В Норвегии около 60% работали не по найму, и 40% были на твердом окладе, т.е. получали зарплату. В странах Восточной Европы врачи общей практики были работниками бюджетной сферы, хотя эта ситуация на момент проведения исследования уже менялась, причем особенно быстро в Чешской Республике, Венгрии и Польше. Работодатели врачей общей практики, получающих зарплату, различались и включали в себя государство, местные муниципалитеты или органы управления здравоохранения или иногда частные учреждения или группы работодателей.

### **Возраст**

Средний возраст врачей общей практики был между 40 и 45 годами в 18 странах и между 45 и 50 годами в других 9 странах. В Турции средний возраст составлял 30,6 лет, и в основном это было обусловлено тем, что всем врачам после окончания ВУЗа полагалось поработать в первичном звене сельского здравоохранения, прежде чем получить подготовку по узкой специальности. Наиболее старшего возраста врачи общей практики были в Венгрии (51), хотя в Германии, Дании и Швейцарии средний возраст превышал 48 лет. Средний возраст был в целом выше в тех странах, где врачи общей практики работали не по найму.

### **Пол**

Доля женщин-врачей общей практики составила от 7% в Швейцарии до 94% в Эстонии.

В целом, в странах Западной Европы и странах, где работа не по найму является обычным явлением, женщин-врачей было меньше. Страны, в которых более 50% врачей общей практики женщины, расположены в Восточной Европе. Среди стран Западной Европы относительно большая доля женщин была в Португалии (49%).

В целом же, в тех странах, где преобладали врачи общей практики-мужчины, доход и уровень занятости были выше, чем в тех странах, где преобладают женщины. Однако эти соотношения постоянно меняются. К 1995 г. в Нидерландах и Соединенном Королевстве, например, соотношение по полу среди поступивших в медицинские ВУЗы было равным.

## Подготовка и нагрузка

### Профессиональное обучение

Работа в общей практике в большинстве стран в настоящее время требует прохождения профессиональной подготовки. По директиве ЕС 1993 г., как минимум, обязательным является двухгодичное профессиональное обучение. В Турции 12-месячный период работы в первичном звене после окончания учебного заведения является обязательным для всех врачей, прежде чем они могут начать специализацию, но это не считается разновидностью подготовки. Профессиональная подготовка врача общей практики в Восточной Европе находится еще на стадии развития, и, к сожалению, результаты программы подготовки будут видны только по прошествии многих лет. В Нидерландах и Соединенном Королевстве схемы профессиональной подготовки существуют более 20 лет. Согласно результатам исследования, две трети всех врачей общей практики в этих странах прошли профессиональную подготовку (табл. 12.2).

В некоторых странах курсы профессиональной подготовки были введены для врачей общей практики, и в этих странах (например, в Швеции и Швейцарии) доля врачей общей практики, прошедших обучение, была высока. Страны, в которых менее 20% работающих врачей общей практики прошли профессиональную подготовку, – это Бельгия, Италия, Литва, Польша, Турция, Франция и Эстония. Однако в некоторых странах было избыточное число профессионально подготовленных врачей общей практики (например, в Бельгии и Германии).

### Непрерывное медицинское образование

Оценка времени, потраченного на самообразование, представлена в табл. 12.2. Врачи общей практики на севере и северо-западе Европы (пять Северных стран, Ирландия, Бельгия, Великобритания, Нидерланды и Швейцария) затрачивают в месяц на непрерывное медицинское образование менее 15 часов. Двадцать пять часов в среднем тратят в Болгарии, Венгрии, Греции, Испании и Румынии. Больше всего времени было затрачено в Турции (37 часов), хотя эти результаты объясняются в значительной мере подготовкой молодых выпускников, готовящихся к вступительному экзамену по специализации.

### Рабочее время

Опрошенным было предложено описать часы работы по основному месту работы (т.к. отдельные врачи общей практики имели дополнительную работу), но за исключением обязанностей по вызову при неотложных ситуациях. Различия в часах работы составляли от 29 в Румынии до 54 – во Франции и Германии. Другими странами, где рабочее время превышало 50 часов, являются Люксембург, Бельгия и Швейцария. Эта группа стран в центре Европы имеет много общего: меньшее число женщин, работа не по найму, сравнительно меньшие затраты времени на непрерывное медицинское

**Таблица 12.2** Компетенция и рабочее время ВОП: доля прошедших профессиональную подготовку, среднее число часов для самообразования, среднее число часов работы и вовлеченность в другие виды работ

Страна	% ВОП*, прошедших профессио- нальную подготовку	Часы в месяц на НМО**	Рабочие часы в неделю (по основной работе)	% ВОП, имеющих дополнитель- ную работу
Австрия	54	16,5	49,6	43
Бельгия	71	13,4	51,1	33
Болгария	15	30,5	39,8	14
Венгрия	33	25,9	30,0	38
Германия	75	17,6	53,8	27
Греция	67	29,9	35,6	21
Дания	99	13,8	42,8	28
Израиль	42	22,5	33,6	47
Ирландия	45	10,9	43,6	38
Исландия	82	10,8	41,2	67
Испания	27	28,2	35,2	29
Италия	11	20,0	30,2	44
Латвия	49	18,1	30,2	13
Литва	16	19,4	34,2	25
Люксембург	35	13,3	51,4	17
Нидерланды	66	13,2	46,1	19
Норвегия	45	12,4	36,4	46
Польша	19	19,3	37,0	42
Португалия	65	18,9	36,4	40
Румыния	26	25,7	28,6	6
Словения	45	20,2	38,9	6
Соединенное Королевство	71	13,4	42,0	35
Турция	0	37,4	41,5	13
Финляндия	34	13,9	38,0	21
Франция	16	18,5	53,8	42
Хорватия	57	19,3	40,6	6
Чешская Республика	90	19,1	42,5	18
Швейцария	86	14,1	50,2	29
Швеция	96	12,6	38,3	22
Эстония	12	19,5	36,7	13

**Примечание:**

\* Необязательная профессиональная подготовка ВОП.

\*\* НМО - непрерывное медицинское образование.

образование. В целом же, страны Восточной Европы, Испания, Греция и Португалия имеют более короткую рабочую неделю, чем их коллеги в Западной Европе.

### **Дополнительная работа**

Многие из опрошенных врачей общей практики также имели почасовую работу на кафедрах университетов, частных лечебницах либо домах для престарелых или инвалидов, стационарах, медицинских кабинетах школ, в сфере судебной медицины (судмедэкспертизы) и т.д., некоторые имели разрешение на частную практику в независимых частных практиках. Сравнительно меньшее число врачей общей практики было вовлечено в такого рода работу в Латвии, Словении, Румынии, Турции, Хорватии и Эстонии. В общем для стран Восточной Европы была характерна тенденция меньшего объема и номенклатуры видов и возможностей дополнительной работы. В Исландии две третьих врачей общей практики и приблизительно половина врачей общей практики в Израиле, Норвегии, Италии, Австрии, Франции, Польше и Португалии тратили приблизительно 10 часов на дополнительные виды занятости.

## **Профессиональные контакты в области первичной и вторичной медико-санитарной помощи**

### **Индивидуальная работа**

Во многих странах врачи общей практики работают, как правило, в группах или в партнерстве и, согласно данным обзорного исследования, это характерно как для восточноевропейских, так и западноевропейских стран (Болгария, Португалия, Турция, Швеция и Финляндия). В Соединенном Королевстве большинство врачей общей практики работают в группах, что стимулировалось правительством до 1989 г., а именно с помощью финансовых стимулов. Однако у врачей, работающих в сельской местности, с ее удаленностью и зачастую даже изолированностью, существует меньше возможностей для групповой практики, тогда как иногда от присоединения к групповой практике молодых врачей удерживают высокие цены на помещения в городах. Хотя число индивидуальных практик уменьшилось, как видно из табл. 12.3, есть еще много стран, в которых индивидуальная практика является нормой, – так, более двух третей врачей общей практики работают индивидуально в Австрии, Италии, Польше, Швейцарии и Бельгии. В некоторых странах Восточной Европы, наблюдался отток врачей из поликлиник для работы в сфере индивидуальных практик.

### **Другие общепрактикующие врачи**

В большинстве стран основная часть врачей общей практики встречаются со своими коллегами, по меньшей мере, раз в месяц. В странах, где врачи общей практики работают в группах, встречи более часты. Однако такие частые встречи характерны также для Германии, Швейцарии и Австрии, где большинство врачей общей практики работают индивидуально.

**Таблица 12.3** Индивидуальные практики и регулярные встречи ВОП с другими профессиональными работниками первичного и вторичного звена

Страна	% ВОП, работающих индивидуально	% ВОП, встречающихся, по меньшей мере, 1 раз в месяц			
		Другие ОПВ	Специалисты стационаров	Медсестры	Социальные работники
Австрия	93	76	54	58	14
Бельгия	69	51	49	38	12
Болгария	10	83	42	57	4
Венгрия	55	52	43	65	51
Германия	67	86	65	78	18
Греция	40	57	52	42	35
Дания	29	34	6	26	7
Израиль	24	77	55	65	41
Ирландия	54	63	13	52	9
Исландия	15	79	31	84	17
Испания	23	64	9	18	31
Италия	86	55	47	30	12
Латвия	17	70	39	54	7
Литва	29	77	46	90	13
Люксембург	61	48	46	43	46
Нидерланды	46	77	29	43	25
Норвегия	25	52	6	58	16
Польша	76	60	50	87	47
Португалия	12	81	35	83	25
Румыния	31	61	25	79	49
Словения	20	49	4	59	9
Соединенное Королевство	16	75	32	89	24
Турция	4	52	30	38	12
Финляндия	8	98	31	98	47
Франция	58	68	45	60	12
Хорватия	36	76	12	86	21
Чешская Республика	43	65	30	58	24
Швейцария	72	82	72	66	19
Швеция	2	84	16	93	10
Эстония	24	64	32	48	22

### Специалисты стационаров

Возможно, что встречи с врачами стационаров отражают существо взаимоотношений между первичной и вторичной медико-санитарной помощью. Доля врачей общей практики (ВОП), встречающихся со специалистами во время ежемесячных собраний, превысила 50% в Швейцарии, Германии, Израиле, Австрии, Греции и Польше.

### **Районные медсестры**

Важную роль в сфере первичной медико-санитарной помощи играют участковые или патронажные медсестры, в частности, по оказанию помощи пожилым лицам и маленьким детям. Хотя сестринское дело не было хорошо развито во всех странах, большинство врачей общей практики имели хорошие рабочие взаимоотношения с районными медсестрами. По данным большинства врачей общей практики Финляндии, Швеции, Литвы, Соединенного Королевства, Польши и Исландии, они встречались с медсестрами регулярно. Меньше всего контактов с медсестрами было в Бельгии, Дании, Испании, Италии и Турции.

### **Социальные работники**

Хотя, строго говоря, социальная работа является независимой от здравоохранения, она, тем не менее, имеет непосредственное отношение к общей практике ввиду социального влияния проблем, с которыми пациенты обращаются к врачу общей практики. В большинстве стран контакты с социальными работниками происходили гораздо реже, чем с медсестрами. Встречи были более частыми в Венгрии, Румынии, Польше, Финляндии и Люксембурге и более редкими в Болгарии, Дании, Латвии, Словении и Ирландии.

Рассматривая встречи в целом, можно сказать, что есть страны, в которых встречи с большинством других профессиональных групп более часты (например, в Израиле, Польше и Швейцарии), хотя даже в них встречи с социальными работниками менее характерны и не соответствуют частоте встреч и контактов с другими группами. Относительно частые встречи в рамках первичной медико-санитарной помощи, особенно с другими врачами и медсестрами, имели место в Исландии, Соединенном Королевстве, Финляндии, Хорватии и Швеции. Междисциплинарные контакты на уровне первичного звена в Дании, Италии и Бельгии были реже, чем в большинстве других стран.

---

# *Глава 13      Лечебные задачи врачей общей практики*

В этой главе будет рассмотрена вовлеченность врачей общей практики в лечебную помощь. Существуют явные и очевидные различия между странами, в которых доступ к медицинской помощи возможен только через врача общей практики, и теми странами, где имеется прямой доступ к специализированной помощи. Врачи общей практики в состоянии справиться с множеством проблем здоровья, с которыми к ним обращаются, но есть проблемы, которые могут решаться на уровне либо первичной, либо вторичной медико-санитарной помощи, однако существуют проблемы, которые требуют лечения неизменно и только лишь на уровне вторичной, т.е. специализированной, помощи. Выбор зависит часто от врача общей практики, и этот выбор делается исходя из его компетенции и наличия соответствующего оборудования и ресурсов. Эти вопросы были изучены путем использования серии вопросов, и результаты представлены ниже. Поставленные вопросы были отобраны преднамеренно для того, чтобы осветить возможные национальные различия. От респондентов требовалось ответить по четырехбалльной шкале:

- никогда не лечился в системе общей практики
- редко лечился в системе общей практики
- обычно лечится в системе общей практики
- всегда лечится в системе общей практики.

Результаты ответов на вопросы по каждой подгруппе были агрегированы и усреднены, как были усреднены и результаты по каждой основной группе.

## **Доступ к медицинской помощи**

Роль врача общей практики как первой точки контакта по проблемам, связанным со здоровьем, измерялась по следующим позициям:

### (а) Острые состояния

- Мужчина 50 лет с ожогом на руке;
- Женщина 60 лет с симптомами паралича или пареза;
- Мужчина 35 лет с растяжением лодыжки;

- Мужчина 28 лет с первыми судорогами;
- Мужчина 45 лет в тревожном состоянии.

(б) Проблемы детей

- Ребенок с сыпью;
- Ребенок с выраженным кашлем;
- Ребенок 7 лет с энурезом;
- Ребенок 8 лет с проблемами слуха;
- Ребенок 13 лет, подвергшийся физическому насилию.

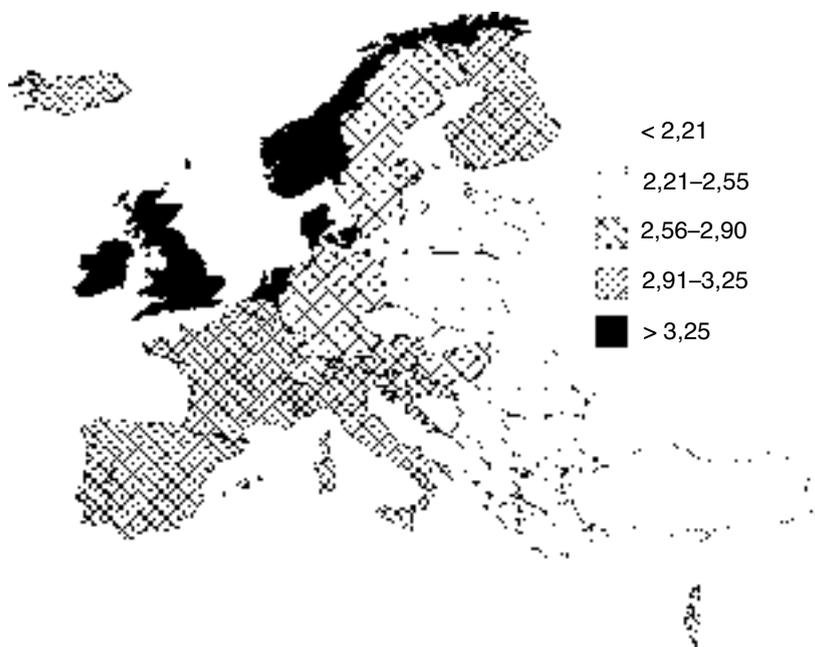
(в) Проблемы женщин

- Женщина 18 лет, обратившаяся за оральной контрацепцией;
- Женщина 20 лет, обратившаяся по поводу подтверждения беременности;
- Женщина 35 лет с нерегулярным менструальным циклом;
- Женщина 50 лет с опухолью молочной железы;
- Женщина 60 лет с ухудшающимся зрением.

(г) Психосоциальные проблемы

- Семейная пара с проблемами взаимоотношений;
- Мужчина с наклонностями к суициду;
- Женщина 50 лет с психосоциальными проблемами, связанными с ее работой;
- Мужчина 32 лет с сексуальными проблемами;
- Мужчина 52 лет с проблемами пристрастия к алкоголю.

Анализ данных по роли врача общей практики в качестве “точки первого контакта” подытожен на карте (рис. 13.1) и табл. 13.1. Баллы от 3,25 и выше были зарегистрированы в Нидерландах, Дании, Ирландии и Соединенном Королевстве. В этих же странах баллы были высокими по всем рассматривавшимся проблемам. Аналогичным образом, там, где общие баллы были низкими (Болгария, Литва, Латвия, Турция и Эстония), низкие баллы наблюдались по всем позициям. Баллы в странах Центральной и Восточной Европы были в целом ниже, чем в странах Запада, хотя баллы в Хорватии, Словении и Венгрии характеризовали сильные позиции врачей общей практики в отношении доступа к медицинской помощи. Среди отдельных категорий баллы были выше по вопросам, связанным с острыми заболеваниями, нежели в отношении других проблем, косвенно показывая важность наличия врачей общей практики для решения неотложных состояний. Разница в баллах среди проблем



**Рисунок 13.1** Роль врачей общей практики на уровне первого контакта по проблемам здоровья (возможный интервал баллов от 1 до 4).

у детей или женщин была там, где педиатры и гинекологи работали на уровне первичного звена: например, в Чешской Республике, Германии, Люксембурге, Испании и Турции.

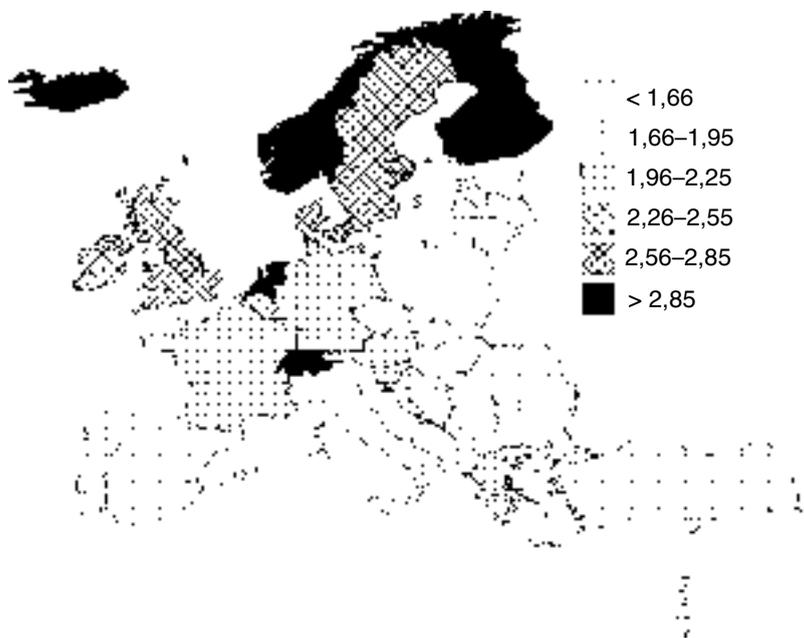
## Использование медицинских процедур

Применение медицинских методов измерялось по следующим наименованиям:

- Клиновидная резекция выросшего ногтя
- Удаление подкожных кист скальпа
- Наложение швов на рану
- Иссечение бородавок
- Введение ВМС
- Удаление темных пятен из роговой оболочки
- Фундоскопия
- Вправление сустава
- Стягивание лодыжек
- Криотерапия (бородавки).

**Таблица 13.1** Роль врачей общей практики при первом контакте по проблемам здоровья (возможный интервал баллов – от 1 до 4).

Страна	Общая шкала	Проблемы детей	Проблемы женщин	Психосоциальные проблемы	Острые состояния
Австрия	3,0	3,0	2,7	2,8	3,4
Бельгия	3,0	3,0	2,8	3,1	3,3
Болгария	1,7	1,7	1,7	1,8	2,0
Венгрия	2,7	2,4	2,5	2,9	3,5
Германия	2,8	2,8	2,4	3,0	3,3
Греция	2,5	2,5	2,2	2,2	3,2
Дания	3,5	3,6	3,7	3,6	3,3
Израиль	3,1	3,1	3,0	2,9	3,4
Ирландия	3,5	3,6	3,7	3,2	3,5
Исландия	3,1	3,4	3,1	2,9	3,3
Испания	3,2	2,8	3,4	3,0	3,5
Италия	3,1	3,3	3,2	2,8	3,1
Латвия	2,0	1,7	1,8	2,0	2,4
Литва	1,7	1,5	1,6	1,6	2,3
Люксембург	2,6	2,7	2,2	2,6	3,1
Нидерланды	3,7	3,8	3,9	3,6	3,8
Норвегия	3,3	3,3	3,6	3,0	3,4
Польша	2,3	2,3	2,0	2,1	3,1
Португалия	3,2	3,4	3,6	3,1	2,7
Румыния	2,4	2,5	2,3	2,2	2,7
Словения	2,9	2,4	2,6	3,0	3,7
Соединенное Королевство	3,5	3,6	3,7	3,5	3,4
Турция	2,0	2,4	2,0	1,4	2,3
Финляндия	3,0	3,2	3,1	2,7	3,3
Франция	3,1	3,2	2,9	3,1	3,4
Хорватия	3,1	2,8	2,9	3,2	3,7
Чешская Республика	2,3	1,5	1,9	2,6	3,4
Швейцария	2,9	2,7	2,6	2,9	3,4
Швеция	2,8	3,0	2,7	2,8	3,0
Эстония	2,1	2,1	1,8	1,9	2,5
Средняя величина	2,9	2,8	2,8	2,8	3,2



**Рисунок 13.2** Вовлеченность врачей общей практики в применение медицинских технических процедур (возможный интервал между баллами – от 1 до 4).

Данные, представленные на рис. 13.2 и в табл. 13.2, подытоживают использование технических процедур. Наибольшие баллы были отмечены в Финляндии, Исландии, Нидерландах, Норвегии, Швейцарии, Дании, Соединенном Королевстве и Швеции. Низкие баллы характерны для Болгарии, Литвы, Эстонии, Польши, Венгрии и Италии. В целом, проведение процедурных вмешательств врачами общей практики было выше в странах Западной Европы, чем Восточной.

## Вовлеченность в лечение и последующее наблюдение

Вовлеченность врача общей практики в ведение болезни измерялась по следующим позициям:

- Гипертиреозидизм
- Грыжа диска
- Острое цереброваскулярное кровоизлияние
- Застойная сердечная недостаточность
- Перитонзиллярный абсцесс
- Язвенный колит

**Таблица 13.2** Вовлеченность врачей общей практики в применение медицинских технических процедур; лечение и последующее наблюдение заболеваний (возможный интервал между баллами – от 1 до 4).

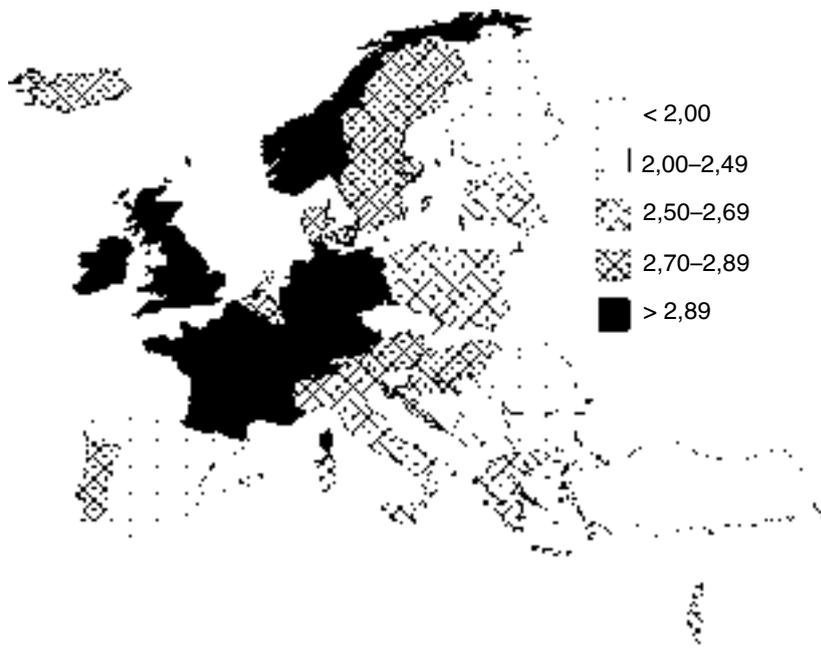
Страна	Медицинская технология	Ведение заболеваний
Австрия	2,1	2,9
Бельгия	2,5	2,8
Болгария	1,1	2,2
Венгрия	1,4	2,8
Германия	2,2	3,0
Греция	2,0	2,6
Дания	2,8	2,9
Израиль	1,7	2,6
Ирландия	2,5	3,0
Исландия	3,2	2,8
Испания	1,8	2,4
Италия	1,4	2,6
Латвия	1,6	2,6
Литва	1,1	2,4
Люксембург	2,2	2,7
Нидерланды	3,1	2,4
Норвегия	3,0	3,0
Польша	1,3	2,6
Португалия	1,7	2,7
Румыния	1,8	2,3
Словения	2,0	2,4
Соединенное Королевство	2,8	3,1
Турция	1,7	1,7
Финляндия	3,5	2,5
Франция	2,0	3,0
Хорватия	1,8	2,8
Чешская Республика	1,7	2,4
Швейцария	2,9	2,9
Швеция	2,8	2,7
Эстония	1,3	2,5
Средняя	2,1	2,6

- Сальпингит
- Контузия мозга
- Болезнь Паркинсона
- Ревматоидный артрит
- Депрессия
- Инфаркт миокарда

Данные по ведению заболеваний приведены в рис. 13.3 и табл. 13.2. Наблюдается меньшая вариация национальных результатов по ведению заболеваний по сравнению с данными по использованию медицинских процедур. Наиболее высокие баллы были отмечены в Соединенном Королевстве, Франции, Германии, Ирландии и Норвегии; тогда как наиболее низкие баллы были характерны для Турции, Болгарии, Румынии, Литвы, Словении и Испании. Сюрпризом явился сравнительно низкий балл в Нидерландах (2,4).

## Промежуточное заключение

Подытоживая результаты, касающиеся роли врачей общей практики на уровне первого контакта с проблемами здоровья, применения медицинской технологии,



**Рисунок 13.3** Вовлеченность врачей общей практики в лечение и последующее наблюдение (возможный интервал между баллами – от 1 до 4).

ведения и последующего наблюдения заболеваний, мы можем заключить, что в отношении этих лечебных процедур наиболее сильны позиции врачей общей практики в Соединенном Королевстве, Дании, Норвегии, Нидерландах и Ирландии. За этой лидирующей группой следуют страны, для которых в отношении оказания лечебной помощи характерен балл выше среднего: Исландия, Швейцария, Франция, Германия, Португалия и Хорватия. Очевидными являются различия между всеми другими странами и странами Восточной Европы, где первичная медико-санитарная помощь находится на переходной стадии развития.

## Вовлеченность в оказание помощи матерям

Строго говоря, антенатальная помощь и родовспоможение являются не столько лечебными, сколько профилактическими видами помощи. В последние годы, акушерская помощь стала более ориентированной на стационар и специализированную помощь, и, как следствие этого, в отдельных странах врачи общей практики оказались вне этой сферы деятельности. Однако более характерным является то, что врачи общей практики не оказывают родовспоможение, хотя оказание антенатальной помощи осталось их обязанностью, особенно в тех Западных странах, где врачи общей практики выполняют роль фильтра к более специализированным видам медицинской помощи (Дания, Ирландия, Соединенное Королевство, Норвегия, Португалия, Исландия и Франция) (табл. 13.3). В Германии, Словении, Люксембурге, Венгрии, Швеции, Чешской Республике, Польше и Литве антенатальная помощь оказывается специалистами в области акушерства, и менее одной трети врачей общей практики сообщили о своем участии в ее оказании. Роль врачей общей практики в оказании родовспоможения была значительно меньше, причем заметным исключением была Исландия, где половина врачей общей практики была вовлечена в оказание родовспоможения. Около одной трети врачей общей практики была в той или иной степени вовлечена в оказание родовспоможения в Соединенном Королевстве, Словении, Турции и Нидерландах. Родовспоможение не оказывалось врачами общей практики в Швеции, Финляндии, Италии, Литве и Люксембурге и редко оказывалось в Испании, Португалии, Франции и Израиле.

## Применение гомеопатии

Степень вовлеченности в гомеопатическую медицину показана в табл. 13.3. Гомеопатической медицине присуща определенная противоречивость как в отношении медицины, так и общей практики. Хотя гомеопатические принципы и лечение признаются не всеми, они все же применяются довольно часто по просьбе самих пациентов.

Существуют значительные различия в ее использовании: В Литве, Германии и Чешской Республике она применялась большинством врачей общей практики, значительно меньшими контингентами ВОП – в Латвии и Австрии. Гомеопатия редко

**Таблица 13.3** Вовлеченность врачей общей практики в оказание антенатальной помощи, родовспоможения и применение гомеопатической медицины.

Страна	% ВОП, оказывающих антенатальную помощь	% ВОП, оказывающих родовспоможение	% ВОП, использующих гомеопатию
Австрия	74	14	41
Бельгия	73	22	9
Болгария	53	23	15
Венгрия	27	13	18
Германия	18	11	52
Греция	36	12	5
Дания	99	22	4
Израиль	54	6	6
Ирландия	99	17	5
Исландия	94	54	8
Испания	48	4	5
Италия	64	2	5
Латвия	47	24	47
Литва	32	2	71
Люксембург	23	2	17
Нидерланды	45	29	17
Норвегия	96	9	1
Польша	30	19	18
Португалия	96	5	1
Румыния	71	19	29
Словения	18	32	14
Соединенное Королевство	98	36	6
Турция	48	31	28
Финляндия	69	2	1
Франция	85	6	16
Хорватия	37	9	19
Чешская Республика	29	10	61
Швейцария	77	12	12
Швеция	28	1	1
Эстония	79	8	13

используется врачами общей практики в Скандинавских странах, Ирландии и Средиземноморских странах. Различия в использовании гомеопатии, возможно, объясняются национальными и культурными различиями.

---

# *Глава 14 Вовлеченность врачей общей практики в оказание услуг по профилактике и укреплению здоровья*

Во многих странах врачи общей практики оказывают профилактические услуги, такие как иммунопрофилактика, антенатальная помощь и педиатрическое наблюдение. Медицинская наука, определив причины возникновения наших “заболеваний богатства”, открыла тем самым новые сферы для профилактики. Стимулируются и активизируются ранняя выявляемость заболеваний, идентификация факторов риска и пропаганда здорового образа жизни, с тем чтобы снизить заболеваемость сердечно-сосудистыми заболеваниями, инсультами и раком. Тем не менее, несмотря на возросшее осознание той важной роли, которую врачи общей практики могут играть в профилактических мероприятиях, все еще остается немало препятствий на пути практического внедрения.

В данном европейском исследовании профилей врачей общей практики профилактика и здоровье рассматриваются под следующими подзаголовками: выявление, обучение, педиатрическое наблюдение и иммунопрофилактика среди детей.

## **Выявление**

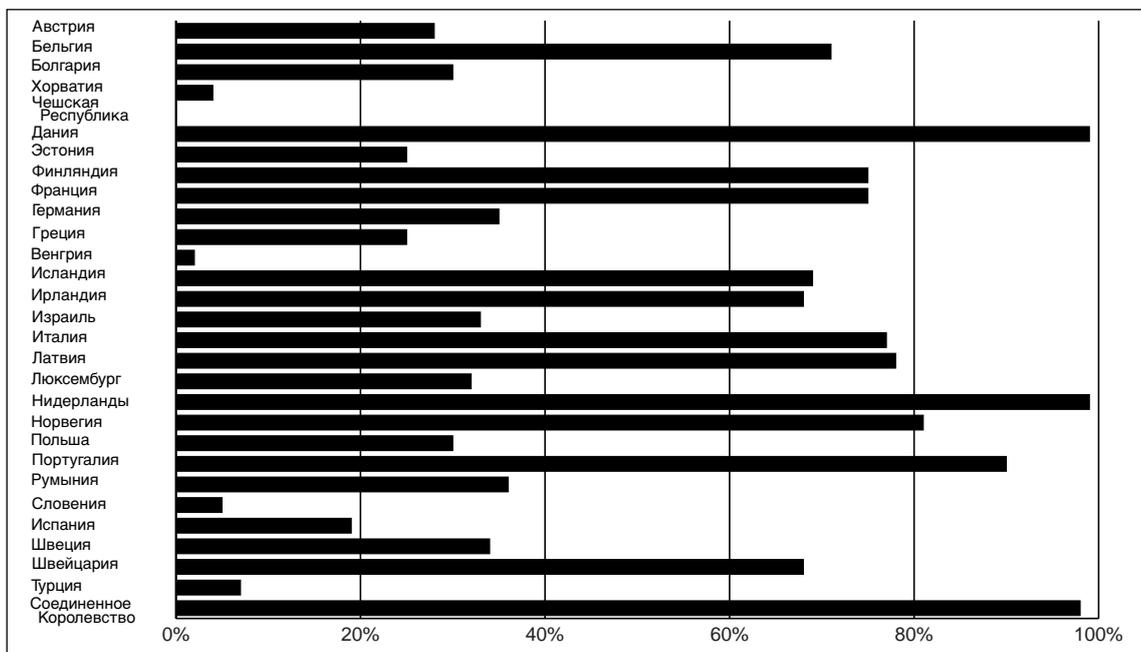
Анкетированным предложили сообщить, проводились ли исследования по выявлению в ходе повседневной практики консультирования пациентов, независимо от первоначальной проблемы или по требованию в связи с соответствующим клиническим состоянием. К сфере профилактического выявления заболеваний были отнесены только процедуры, выполнявшиеся в ходе рутинной деятельности, и данные по ним представлены в табл. 14.1 и на рис. 14.1.

### **Кровяное давление**

Рутинное измерение кровяного давления осуществлялось 78% врачей общей практики, и этот показатель был выше по сравнению с тремя другими обследованиями. Существовали значительные различия между странами, причем для трех стран были характерны средние показатели менее 50% (Нидерланды, Швеция, Норвегия), а для девяти стран – выше 90% (Франция, Португалия, Люксембург, Соединенное Королевство, Бельгия, Польша, Литва, Венгрия и Германия). Показатели для

**Таблица 14.1** Вовлеченность в оказание профилактических услуг: рутинное определение кровяного давления и уровня холестерина; педиатрическое наблюдение и иммунопрофилактика (интервал баллов – от 0 до 2) и планирование семьи.

Страна	Кровяное давление (%)	Холестерин в крови (%)	Педиатрическое наблюдение/иммунопрофилактика среди детей (балл)	Вовлеченность в планирование семьи (%)
Австрия	87	61	1,8	74
Бельгия	92	39	1,6	92
Болгария	81	32	0,8	29
Венгрия	91	30	0,6	90
Германия	91	79	1,6	86
Греция	68	40	1,3	48
Дания	71	29	2,0	99
Израиль	87	73	1,0	72
Ирландия	87	45	1,7	99
Исландия	60	33	2,0	94
Испания	86	80	1,0	60
Италия	83	54	0,6	69
Латвия	92	24	0,6	33
Литва	91	39	0,4	14
Люксембург	93	26	1,7	81
Нидерланды	37	14	0,8	99
Норвегия	46	31	0,8	90
Польша	92	35	1,5	31
Португалия	94	29	1,9	97
Румыния	68	15	1,1	47
Словения	71	36	0,7	50
Соединенное Королевство	93	58	1,7	99
Турция	55	9	1,4	69
Финляндия	54	44	1,4	83
Франция	99	27	2,0	83
Хорватия	65	26	0,8	78
Чешская Республика	89	38	0,1	19
Швейцария	90	52	1,7	91
Швеция	40	33	1,8	35
Эстония	88	22	1,1	24



Страны перечислены в английском алфавитном порядке.

**Рисунок 14.1** Процент ВОП, выполняющих взятие мазка шейки матки в качестве рутинной практики.

большинства стран Центральной и Восточной Европы были выше среднего. При рассмотрении этих данных необходимо отметить, что в некоторых странах для определения наличия гипертензии используются другие методы.

### Холестерин в крови

Рутинная оценка уровня холестерина в крови не проводится, как правило, в большинстве стран, хотя в Испании, Германии и Израиле более 70% врачей общей практики характеризовали ее как обычную рутинную процедуру. В Австрии, Соединенном Королевстве, Италии и Швейцарии большинство ВОП сообщили, что проводят ее.

### Мазок шейки матки

Взятие мазка шейки матки практикуется, по меньшей мере, 90% врачей общей практики в Дании, Нидерландах, Соединенном Королевстве и Португалии в качестве рутинной процедуры и менее 10% в Чешской Республике, Венгрии, Хорватии, Словении и Турции.

### Закключение

В рамках общей оценки процедур определение уровня холестерина не совсем хорошо сочетается с другими тестами. Оппортунистическое выявление было

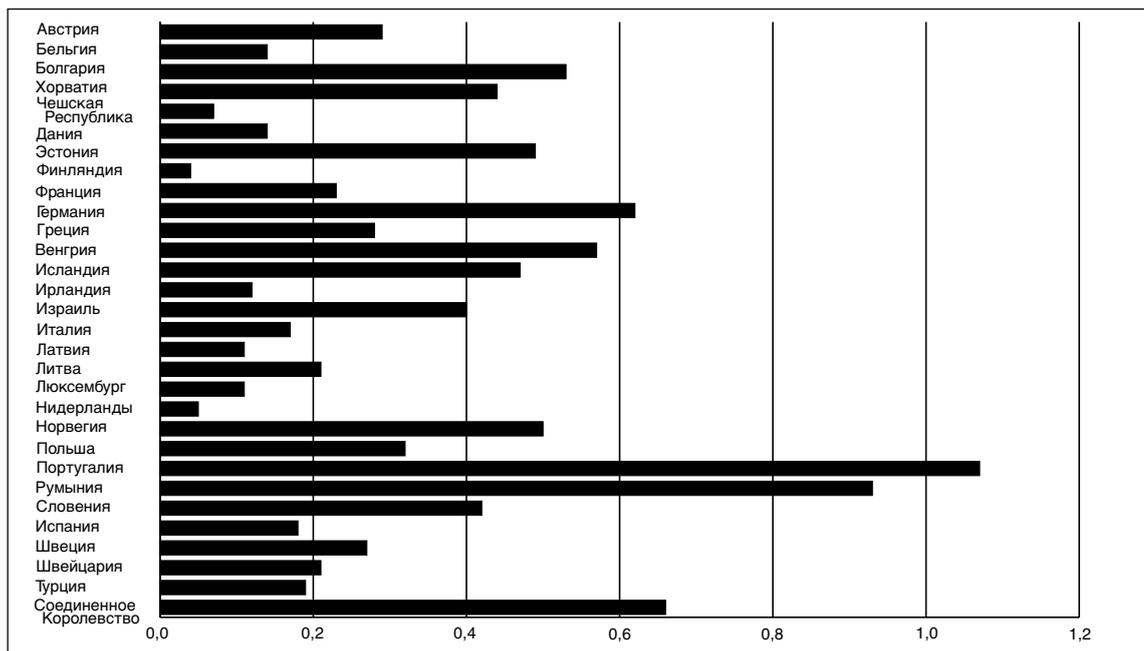
характерно для Соединенного Королевства, Португалии и Италии и в меньшей степени – для Хорватии, Турции, Румынии, Швеции и Словении.

## Обучение, педиатрическое наблюдение и иммунопрофилактика среди детей

Результаты по ответам на вопросы, касающиеся обучения, педиатрического наблюдения и иммунопрофилактики, представлены в табл. 14.1 и на рис. 14.2.

Сообщались данные по трем тестам: обучение (обучение в группах по вопросам диеты, табакокурения, алкоголя; и для этих трех показателей был выведен суммарный (агрегированный) балл, теоретический максимум = 3); педиатрическое наблюдение (регулярный мониторинг здоровья ребенка) и иммунопрофилактика (максимальный балл = 2); и, наконец, вовлеченность врачей общей практики в оказание услуг по планированию семьи и использованию контрацептивов (процент вовлеченных врачей общей практики).

Баллы по обучению были низкими во всех странах. Самый высокий балл был получен в Португалии (1.1). Баллы в Румынии, Соединенном Королевстве и Германии



**Рисунок 14.2** Вовлеченность в проведение обучения по вопросам табакокурения, употребления алкоголя и рациона/режима питания по группам/клиникам (возможный интервал – от 1 до 3).

были также выше среднего. Баллы по педиатрическому наблюдению и иммунопрофилактике среди детей достигли максимума 2 в Дании, Франции и Исландии, характеризуя универсальность вовлеченности врачей общей практики. Врачи общей практики в Чешской Республике и Литве редко привлекались к выполнению этих задач. Не наблюдалось последовательности в баллах и в определенных регионах Европы.

Более чем 90% врачей общей практики были вовлечены в оказание услуг по планированию семьи/использованию контрацептивов в Дании, Ирландии, Нидерландах, Соединенном Королевстве, Португалии, Исландии, Бельгии, Швейцарии, Венгрии и Норвегии. Самыми низкими были баллы в Литве и Чешской Республике. В целом, вовлеченность врачей общей практики в оказание услуг по планированию семьи была ниже в Восточной Европе. Среди Западных стран низкая вовлеченность была отмечена в Швеции.

## Заключение

Национальные различия между деятельностью практик по оказанию профилактических и обучающих услуг были более значительными, чем по лечебной помощи. Общая характеристика – это сравнительно высокая вовлеченность в оказание услуг по планированию семьи и применению контрацептивов, средняя вовлеченность – в педиатрическое наблюдение и иммунопрофилактику и минимальная вовлеченность – в обучение. Врачи общей практики в Дании, Соединенном Королевстве, Португалии, Ирландии и Франции сообщали о значительной вовлеченности в предоставление как лечебных, так и профилактических услуг, в то время как в некоторых других странах (например, Нидерландах) профилактической деятельности уделялось меньше внимания, чем лечебной.

---

# Глава 15 Управление практикой и учреждения

Результаты, приведенные в этой главе, проливают свет на некоторые общие детали по управлению практикой и характеризуют существующие средства обслуживания и учреждения. Число контактов в ходе консультаций, посещений пациентов на дому или в стационаре отражают элементы нагрузки врача общей практики и различия в доступе. Доступ также рассматривается в контексте услуг вне часов приема и оказания консультационных услуг в рамках практики, найма вспомогательного персонала и ведения медицинских записей. Здесь же рассматривается наличие медицинского оборудования по отношению к услугам, оказываемым врачом общей практики.

## Контакты с пациентами

Итоговые данные, характеризующие ситуацию с контактами между врачами общей практики и их пациентами, представлены в виде четырех моделей контакта в табл. 15.1 и на рис. 15.1 и 15.2.

### Амбулаторные посещения

Имеется трехкратная разница по числу контактов в среднем за один рабочий день. Так, врачи общей практики в Германии, Австрии, Венгрии и Чешской Республике осматривают в день в среднем от 45 до 50 пациентов, тогда как в Латвии, Эстонии, Франции, Швеции, Бельгии, Исландии и Литве это число составляет 17 и менее пациентов.

### Контакты по телефону

Число телефонных контактов колеблется от 2 до 16 в день, с наибольшим числом консультаций в Дании, Исландии, Нидерландах, Австрии, Норвегии, Германии, Италии и Люксембурге. В Восточной Европе, Португалии, Испании и Турции число телефонных консультаций было меньше. Возможно, это связано с меньшим наличием телефонных линий в этих странах.

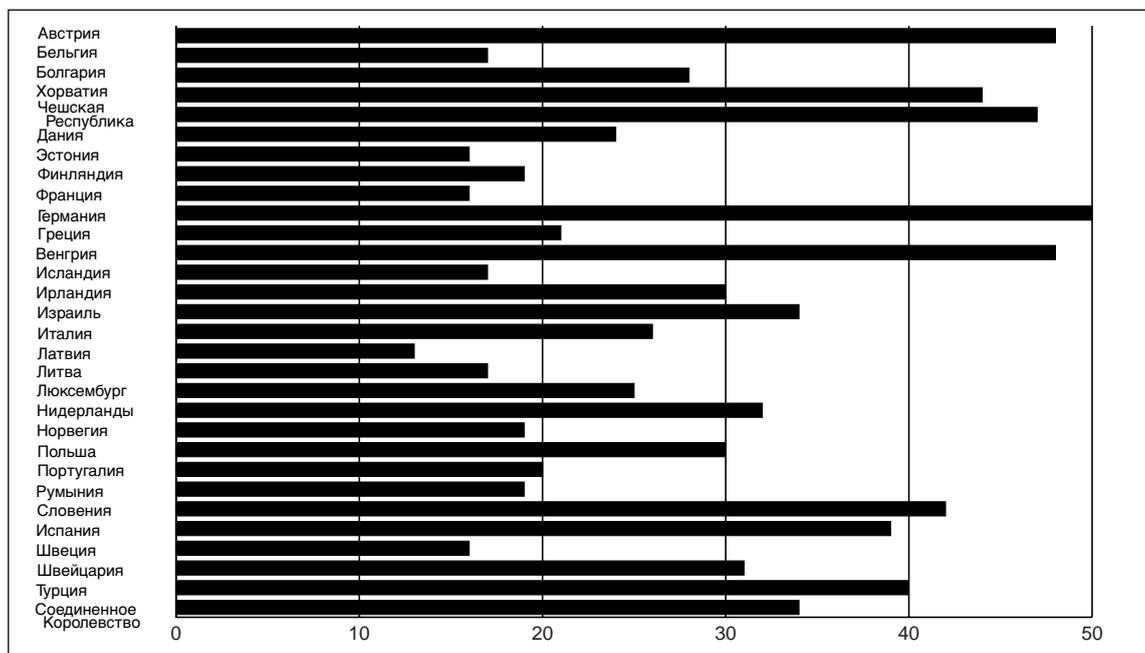
### Посещения на дому

Посещения на дому врачами общей практики характерны для большинства европейских стран. Были обнаружены три исключения: Турция, где только 19% врачей общей практики посещают пациентов на дому, Финляндия (47%) и Греция (68%). Наибольшее число посещений на дому было сделано бельгийскими врачами общей практики – 44 посещения в неделю, что контрастирует со сравнительно низким числом

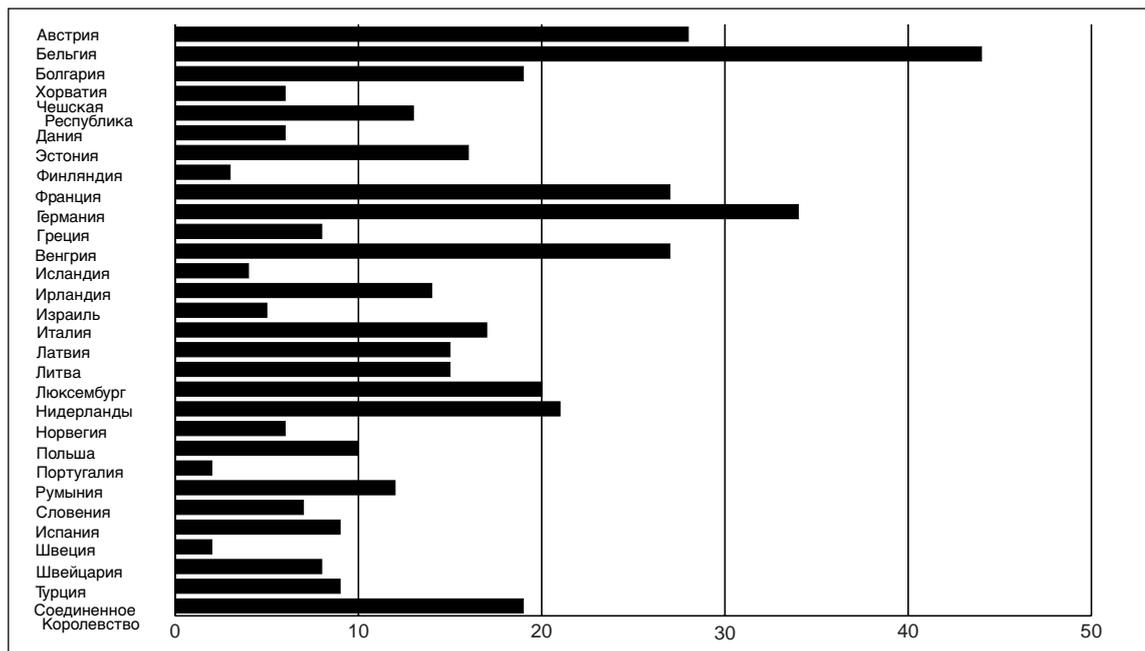
**Таблица 15.1** Контакты врача с пациентами по телефону, в домах пациентов и в стационаре

Страна	Число контактов с пациентами по телефону в сутки	Процент ВОП, посещающих своих пациентов на дому	Процент ВОП, посещающих своих пациентов в стационаре
Австрия	12	98	14
Бельгия	8	98	72
Болгария	4	88	13
Венгрия	7	96	38
Германия	11	98	19
Греция	7	68	26
Дания	16	97	7
Израиль	9	86	60
Ирландия	9	95	22
Исландия	15	94	37
Испания	4	97	10
Италия	10	98	43
Латвия	4	98	7
Литва	3	95	14
Люксембург	10	93	26
Нидерланды	12	99	77
Норвегия	11	82	–
Польша	2	91	25
Португалия	3	88	52
Румыния	4	84	52
Словения	8	86	8
Соединенное Королевство	6	96	33
Турция	5	19	27
Финляндия	6	47	38
Франция	7	97	46
Хорватия	6	93	12
Чешская Республика	9	90	12
Швейцария	7	96	22
Швеция	7	85	9
Эстония	4	95	11

амбулаторных посещений. Посещения на дому могут быть способом завоевания и удержания пациентов в стране с высокой обеспеченностью врачами общей практики. По данным, сообщенным врачами общей практики Германии, для них характерно наибольшее число амбулаторных посещений, хотя у них же насчитывалось также по 34 посещения на дому в день. Сравнительно высокие цифры были отмечены в Австрии,



**Рисунок 15.1** Среднее число амбулаторных посещений в день.



**Рисунок 15.2** Среднее число посещений на дому в неделю (от числа тех ВОП, кто осуществляет посещения на дому (см. табл. 15.1)).

Франции и Венгрии. В противоположность этому, посещения на дому нечасты в Португалии, Швеции, Финляндии, Исландии и Израиле. В системах здравоохранения, где врачи общей практики выполняют роль фильтра ко вторичному уровню оказания медицинской помощи, число посещений на дому было в целом ниже, чем в странах с открытым доступом ко вторичной помощи.

### **Посещения стационаров**

В интересах обеспечения непрерывности оказания медицинской помощи и защиты интересов пациентов некоторые врачи общей практики посещают своих пациентов в стационарах, даже если они не играют никакой роли в ведении таких стационарных пациентов. Приблизительно три четверти врачей общей практики (опрошенных в ходе исследования) в Нидерландах и Бельгии и небольшое число в Израиле, Португалии и Румынии посещают своих пациентов в стационаре. В других странах посещения пациентов в стационаре были нечастым явлением.

## **Доступ и организация часов амбулаторного приема**

Данные по организации системы назначений посещений в практиках представлены в табл. 15.2.

### **Система записи к врачу**

Система записи к врачу позволяет врачу лучше планировать свое время, а пациентам сократить время ожидания; однако она же может быть также препятствием для доступа пациента к медицинской помощи. Среди опрошенных врачей в Северных странах, Швейцарии, Нидерландах и Соединенном Королевстве система посещений и приема по предварительной записи была обычным явлением. Время между назначением встречи и самой консультацией является основным определяющим фактором доступа и наличия медицинской помощи. В Швеции, Норвегии и Финляндии, где большинство пациентов приходят на прием к назначенному времени, не менее 80% врачей общей практики сообщали о задержках в 2 дня и более. В Португалии (64%) и в Дании (45%) эти пропорции являются также сравнительно высокими. Это значительно отличается от положения в Исландии и Нидерландах, где система записи к врачу является почти идеальной и только 6% врачей общей практики сообщили о задержках. Система назначения посещений была нехарактерна только для Венгрии, Турции, Латвии, Чешской Республики, Словении, Италии, Румынии и Греции. Интерпретация данных по задержкам в системе назначения посещений может быть затруднена, если, как в случае групповой практики, пациенты имеют право выбора врача.

### **Продолжительность консультаций/времени посещения**

Среднее время на пациента в системе назначений/записи к врачу представлено на рис. 15.3. Продолжительность консультации зависит от целого ряда факторов, включая саму природу проблемы со здоровьем, личностные характеристики врача и пациента,

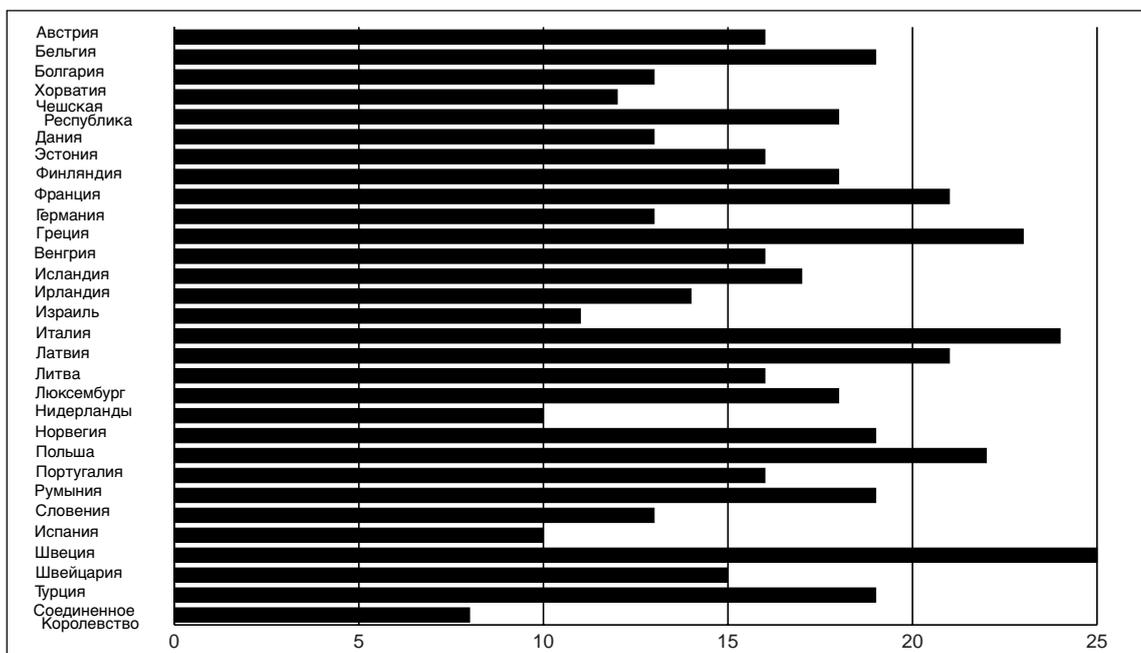
**Таблица 15.2** Доступ и организация часов приема в амбулатории: система назначений и задержка консультаций

Страна	% ВОП с системой назначений посещений (1)	% ВОП со средней задержкой в 2 и > дней (2)
Австрия	20	15
Бельгия	19	21
Болгария	26	3
Венгрия	6	0
Германия	55	25
Греция	11	23
Дания	93	45
Израиль	71	23
Ирландия	23	7
Исландия	96	6
Испания	49	23
Италия	8	20
Латвия	9	4
Литва	20	0
Люксембург	24	32
Нидерланды	91	6
Норвегия	98	87
Польша	15	15
Португалия	72	64
Румыния	12	22
Словения	15	18
Соединенное Королевство	84	31
Турция	3	0
Финляндия	96	80
Франция	44	12
Хорватия	17	11
Чешская Республика	11	12
Швейцария	94	37
Швеция	88	91
Эстония	26	3

**Примечания:**

(1) Для большинства консультаций по неострым состояниям пациентов.

(2) В системе назначений посещений, между временем назначения и временем консультации.



**Рисунок 15.3** Интервалы резервирования посещений (в минутах)

степень компетенции и терпение врача, а также другие обязанности врача также требующие времени. Тем не менее, такое распределение времени врача отражает оценку времени консультаций, основанную на практике, и обнаруживают значительные различия: от 9 минут в Соединенном Королевстве и 10 минут в Нидерландах и Испании до 21 минуты – во Франции и 25 минут – в Латвии.

## Вспомогательный персонал практики и услуги вне часов приема

Помощь практики и персональная вовлеченность врачей общей практики в оказание услуг сверхурочно представлены в табл. 15.3.

### Вспомогательный персонал практики

В больших практиках функциональные обязанности отдельных членов вспомогательного персонала часто высокоспецифичны, но в малых практиках один человек может выполнять несколько обязанностей. Страны, где врачи общей практики из следующих стран сообщили о наименьшем числе поддерживающего персонала: Италия (82%), Бельгия (70%), Люксембург (58%), Франция (54%) и Греция (41%). Из них три страны (Бельгия, Италия и Франция) характеризуются высокой обеспеченностью врачами общей практики, и в некоторых случаях затраты на найм вспомогательного персонала могут быть слишком высокими для врача.

**Таблица 15.3** Помощь практики и персональная вовлеченность врачей общей практики в оказание услуг сверхурочно.

Страна	% ВОП с наличием помощи практики (1)	% ВОП, оказывающих активно услуги вне часов приема (2)
Австрия	100	85
Бельгия	30	91
Болгария	98	40
Венгрия	97	77
Германия	99	65
Греция	59	62
Дания	98	68
Израиль	93	16
Ирландия	86	85
Исландия	100	85
Испания	97	44
Италия	18	15
Латвия	98	45
Литва	100	24
Люксембург	42	83
Нидерланды	98	98
Норвегия	98	79
Польша	99	21
Португалия	95	39
Румыния	100	42
Словения	100	76
Соединенное Королевство	100	81
Турция	99	57
Финляндия	100	84
Франция	46	75
Хорватия	100	27
Чешская Республика	99	76
Швейцария	98	81
Швеция	98	87
Эстония	97	26

**Примечания:**

(1) Медицинский секретарь, регистратор, помощник по общим вопросам, практическая медсестра или лаборант.

(2) По очереди; в некоторых случаях ВОП находится на дежурстве на случай необходимости экстренной медицинской помощи.

## Предоставление услуг вне часов приема

Оказание услуг вне часов приема (сверхурочно) не всегда означает, что врач оказывает эти услуги сам. По результатам, представленным в табл. 15.3, числитель включает в себя только тех врачей общей практики, которые оказывали услуги вне часов приема персонально. В Нидерландах и Бельгии такие услуги предоставляются более 90% врачей общей практики. В Италии, Израиле, Польше, Литве, Эстонии и Хорватии их оказывают менее 30% врачей общей практики.

## Медицинское оборудование практики

В этом разделе будет описано использование 25 наименований медицинского оборудования. Это оборудование рассматривается как по отдельности, так и в качестве пакета из восьми отобранных наименований. Представлена также некоторая информация по наличию и использованию компьютеров.

В табл. 15.4 суммирован общий уровень использования медицинского оборудования на основе баллов по каждому из 25 описанных наименований (максимальный балл 25). Во второй колонке таблицы был произведен расчет на основе отбора 4 ключевых наименований из 25: офтальмоскопа, отоскопа, одноразовых шприцев и пикфлоуметров. Среди этих наименований нет оборудования, применяемого повсеместно (например, не был включен сфигмоманометр).

## Лаборатория

- *Гемоглобинометр.* Широко используется в Скандинавии, Нидерландах, Швейцарии, и редко – в Бельгии, Франции, Италии, Люксембурге, Португалии и Чешской Республике.
- *Тест на определение содержания сахара в крови.* В 18 странах эти тесты осуществляют, по меньшей мере, 70% врачей общей практики.
- *Холестериннометр.* Это оборудование используется редко, за исключением Австрии, Финляндии и Швейцарии.
- *Счетчик клеток крови.* Используется редко в странах Западной и Южной Европы; в Финляндии его используют 85% врачей общей практики.

## Изображение

- *Офтальмоскоп.* Широко используется повсеместно, за исключением Чешской Республики и Польши.
- *Ректоскоп.* Используется практически всеми врачами общей практики Скандинавских стран. Но лишь небольшое число врачей применяют его на практике в Австрии, Средиземноморских странах и большинстве стран Восточной Европы.

**Таблица 15.4** Использование медицинского оборудования и компьютеров.

Страна	Среднее число наименований диагностического оборудования		% ВОП, применяющих компьютер для записей пациентов (3)
	Пакет из 25 наимено- ваний (1)	4 основных наимено- вания (2)	
Австрия	11,7	2,8	36
Бельгия	9,9	3,1	48
Болгария	8,9	1,6	19
Венгрия	6,3	2,7	43
Германия	13,9	2,7	42
Греция	8,6	2,5	17
Дания	13,6	3,8	44
Израиль	8,7	3,0	14
Ирландия	9,5	3,7	14
Исландия	17,2	4,0	67
Испания	8,0	2,9	14
Италия	6,0	2,2	30
Латвия	9,7	2,6	3
Литва	12,8	2,7	0
Люксембург	10,1	3,2	17
Нидерланды	12,7	3,8	51
Норвегия	16,1	3,9	74
Польша	5,3	1,2	1
Португалия	6,4	2,5	32
Румыния	5,5	1,6	7
Словения	12,1	2,9	13
Соединенное Королевство	10,5	3,8	70
Турция	9,8	2,2	9
Финляндия	20,5	4,0	23
Франция	9,0	3,2	31
Хорватия	7,6	2,3	7
Чешская Республика	4,5	1,7	12
Швейцария	16,0	3,6	5
Швеция	15,7	3,7	39
Эстония	9,5	2,0	1

**Примечание:**

(1) Максимальный балл 25.

(2) Отбор 25 наименований; максимальный балл 4.

(3) Процент всех врачей общей практики.

- *Отоскоп*. Стран, где его используют менее 70% врачей общей практики, всего 9, и все они расположены в Восточной Европе; в других странах он используется универсально и повсеместно.
- *Гастроскоп*. Редко используется в общей практике; его применяют минимум 10% врачей общей практики в 5 странах.
- *Сигмоидоскоп*. Используется еще реже, чем гастроскоп.
- *Рентгенаппаратура*. Характерно ее отсутствие, как правило, в общей практике; в 5 странах (Болгария, Латвия, Литва, Финляндия и Швейцария) рентгенографию осуществляют более половины врачей общей практики.
- *Микроскоп*. Он широко используется в Нидерландах, Германии, Исландии, Норвегии, Швеции, Швейцарии, но не применяется во Франции, Италии, Португалии, Испании, Чешской Республике и Венгрии.
- *Ультразвук*. За исключением Финляндии, использование ультразвука для исследования органов брюшной полости или плода незначительно; в 18 странах он применяется не более чем 10% врачей общей практики.

#### **Функциональные исследования**

- *Аудиометр*. По меньшей мере 80% врачей общей практики в Финляндии, Исландии и Швеции применяют его на практике; и только в 13 странах он используется менее чем 10% врачей общей практики.
- *Велоэргометр*. Широко используется в Германии и редко – в остальных странах.
- *Глазной тонометр*. Широко применяется в Финляндии, Исландии, Норвегии и Швеции; в других странах используется редко.
- *Пикфлоуметр*. Измерения пикфлоуметром осуществляются большинством врачей общей практики в 10 странах Северной и Западной Европы; противоположна ситуация в странах Восточной Европы, Португалии и Турции, где эти измерения осуществляются менее чем 10% врачей общей практики.
- *Спирограф*. Применяется 71% врачей общей практики в Германии, но лишь 2% в Нидерландах; и только в 4 странах его используют более половины врачей общей практики.
- *Электрокардиограф*. Используется по меньшей мере 70% всех врачей общей практики в 19 странах; наименьший уровень применения отмечен в Чешской Республике, Италии, Португалии и Румынии.
- *Сфигмоманометр*. Применяется почти всеми врачами общей практики во всех странах.

#### **Другое медицинское оборудование**

- *Мочевой катетер*. В 12 странах более чем 70% врачей общей практики вставляют катетеры; только в четырех странах эта манипуляция осуществляется менее чем половиной врачей.

- *Коагулометр*. Уровень использования его на уровне первичного звена низок, за исключением Швейцарии и Финляндии.
- *Малый хирургический набор*. Более 70% врачей общей практики имеют доступ к малому хирургическому набору в 18 странах; в Болгарии, Эстонии, Венгрии, Латвии и Польше большинство врачей общей практики не имеют доступа к этому оборудованию.
- *Шовный набор*. Ситуация, сходная с использованием хирургического набора.
- *Дефибриллятор*. В половине стран используется редко, но в четырех странах используется большинством врачей общей практики; уровень использования в Финляндии равен 86%.
- *Одноразовые шприцы*. Универсально доступны во всех странах, за исключением Италии, где они используются лишь только двумя третями врачей общей практики.

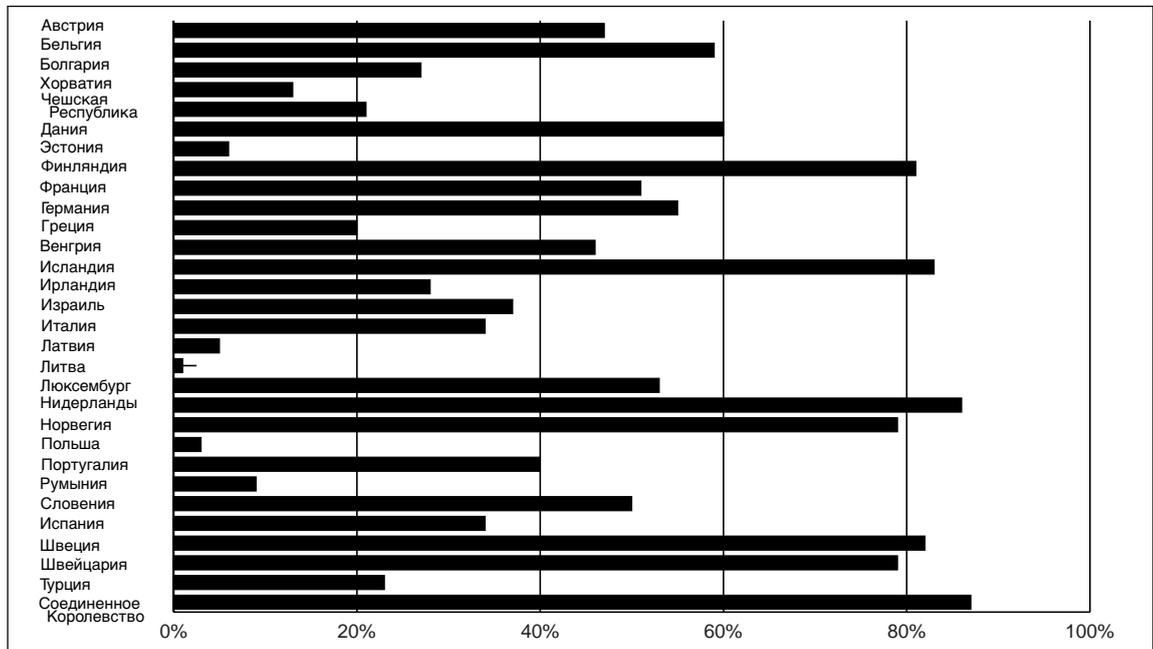
### **Выводы и анализ по четырем основным группам/видам оборудования**

При общем рассмотрении материалов, представленных в табл. 15.4, ясно, что врачи общей практики в Северных странах, Германии и Швейцарии располагают большим числом оборудования. Наиболее низкий уровень оснащённости в Чешской Республике, Польше, Румынии, Италии, Венгрии и Португалии. Сообщавшиеся данные по использованию были переоценены, с использованием отобранных четырех основных видов оборудования. Такое рассмотрение внесло несколько изменений в порядковую очередность по сравнению с данными, представленными по 25 наименованиям. К странам с низкими баллами по анализам 25 и 4 наименований относятся, в том числе, Польша, Румыния, Чешская Республика и Италия. Болгария, Эстония и Турция занимают более низкую позицию по анализу четырех основных наименований, чем по анализу полного перечня, не удалось сохранить свою высокую позицию также и Германии.

## **Использование компьютеров**

Компьютеры могут использоваться для множества целей: административное управление, планирование часов приема, выписка назначений, ведение медицинских записей и аудит. Пропорциональные доли врачей общей практики, использующих компьютеры в своей работе, представлены на рис. 15.4., и пропорции врачей, применяющих их для ведения медицинских записей, – в табл. 15.4.

Вышеуказанные две группы пропорций иногда очень различаются. Например, в Финляндии 81% врачей общей практики используют компьютер, но только 23% применяют его для ведения медицинских записей. В Норвегии, Италии и Португалии большинство врачей общей практики, использующих компьютер, применяют его и для медицинских записей. Более 75% врачей общей практики использовали компьютер



**Рисунок 15.4** Процент врачей общей практики, использующих компьютеры в своей работе.

в Финляндии, Нидерландах, Норвегии, Швейцарии и Соединенном Королевстве. Другой крайностью является положение в странах Балтии, Польше и Румынии, где компьютеры применяли менее 10% врачей общей практики. Существуют явные и значительные различия в применении компьютеров между практиками в Восточной и Западной Европе.

---

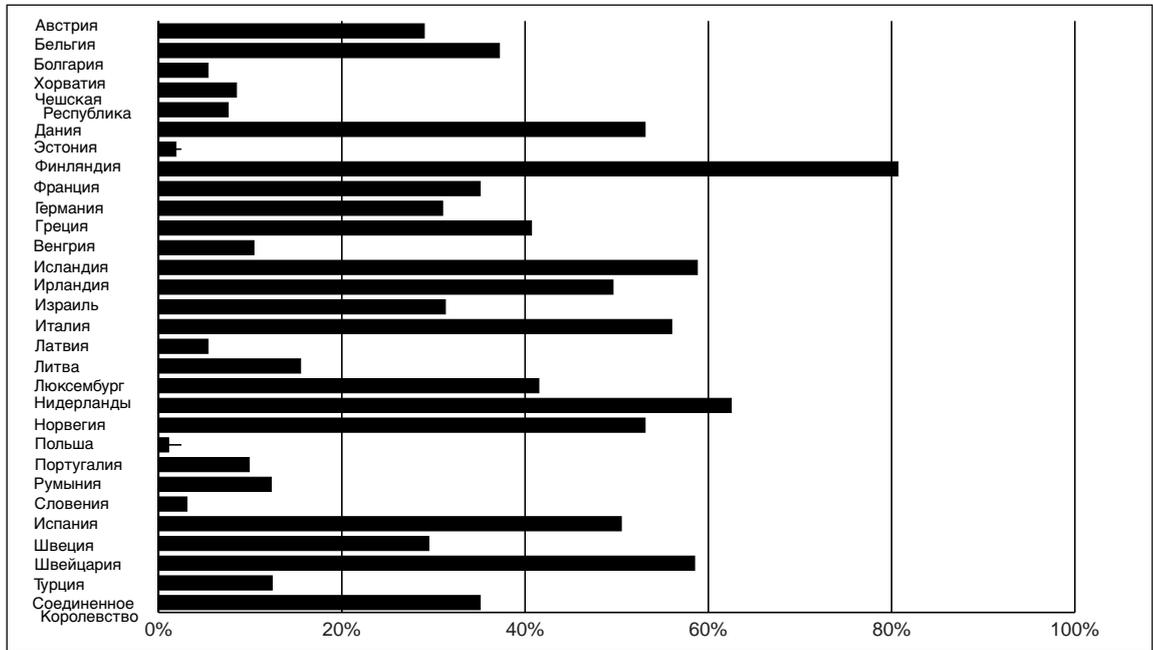
## Глава 16 Удовлетворенность работой

Удовлетворенность работой измерялась по вопросам, на которые респонденты давали свои ответы по пятибалльной шкале, варьирующие от полного согласия до полного несогласия. В табл. 16.1, ответы “полностью согласен” и “согласен более или менее” объединены для того, чтобы определить индекс удовлетворенности работой от общего числа опрошенных врачей общей практики. Большинство врачей общей практики отметили постоянный интерес к своей работе и получаемое от нее удовлетворение, и только 14% хотели бы в скором времени заняться другой работой. Семьдесят процентов врачей общей практики считали, что они перегружены административной работой, и около половины полагали, что некоторые аспекты их работы лишены смысла. Получаемое вознаграждение рассматривалось как соразмерное и соответствующее прилагаемым усилиям лишь меньшинством (32%).

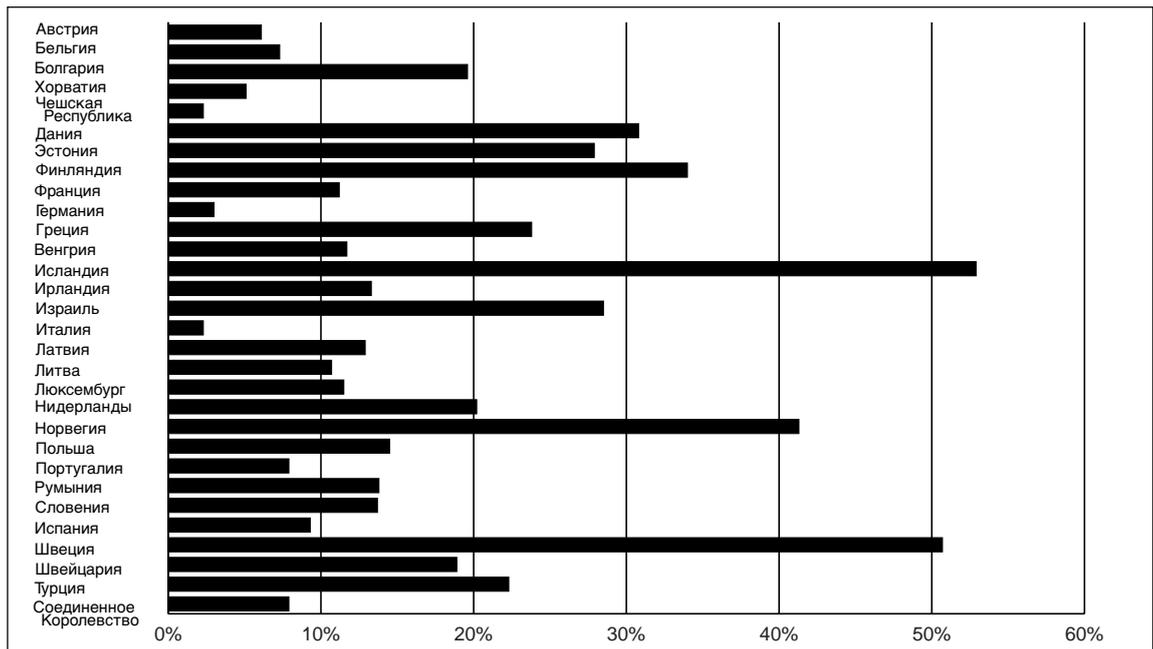
В отношении первых двух вопросов наблюдался консенсус во всех странах, тогда как международные различия по другим вопросам были изучены детально только от

**Таблица 16.1** Согласие врачей общей практики с шестью высказываниями (n=7233).

Высказывание	% согласных
Моя работа все еще интересна мне, как и прежде	87
Я получаю действительное удовлетворение от работы	84
Я чувствую, что некоторые компоненты моей работы не имеют смысла	50
Моя работа перегружена излишними административными деталями	70
Если бы оплата и условия работы были аналогичными, я бы предпочел немедицинскую работу	14
Для моей работы характерно хорошее соответствие между прилагаемыми усилиями и вознаграждением	32



**Рисунок 16.1** Процент **согласия** с положением: “Для моей работы характерно хорошее соответствие между прилагаемыми усилиями и вознаграждением”.



**Рисунок 16.2** Процент **несогласия** с положением: “Моя работа перегружена излишними административными деталями”.

страны к стране. На рис. 16.1 и 16.2 результаты ответов по странам на два из четырех оставшихся положений представлены в том виде, который подчеркивает удовлетворенность работой (чем длиннее столбики, тем больше удовлетворенность врачей общей практики).

Не было последовательности в ответах на эти четыре положения ни при рассмотрении с точки зрения перспективы системы здравоохранения, ни политической структуры или географического региона. Удовлетворенность, измеренная этими четырьмя положениями, была в целом высокой в Скандинавских странах и Швейцарии, но без четкой идентификации наиболее удовлетворенных по тем или иным положениям.

В отношении специфических вопросов более чем две трети врачей общей практики в Швейцарии, Норвегии и Исландии дали положительные ответы о смысле их работы, в то время как врачи общей практики в Литве, Болгарии, Нидерландах и Соединенном Королевстве считали, что некоторые части их работы не имеют смысла. Удовлетворенность доходом была относительно высокой в Финляндии, Нидерландах, Исландии и Швейцарии и, в целом, низкой в Восточной Европе. Тенденция ухода из медицины была наименьшей среди врачей общей практики в Венгрии, Литве, Израиле и Хорватии и относительно высокой в Турции, Финляндии и Румынии. Неудовлетворенность административными обязанностями была в наибольшей степени выражена врачами общей практики в Чешской Республике, Италии и Германии. С учетом вышесказанного, можно сделать ряд общих заключений, как-то:

- интерес и удовлетворение от профессиональной работы врачей общей практики характеризовались в целом высоким уровнем;
- наблюдалась незначительная тенденция к уходу из медицины и переключению на немедицинскую работу;
- отмечалась значительная неудовлетворенность отдельными аспектами работы, особенно административными требованиями и уровнем вознаграждения;
- врачи общей практики в Восточной Европе были менее удовлетворены, чем их коллеги в других частях Европы, особенно уровнем оплаты.

---

# *Глава 17 Особенности общей практики в различных странах*

Результаты европейского исследования профилей задач врачей общей практики были представлены в главах 12–16. В этой главе подводятся краткие итоги результатов по каждой стране. Относительные выражения, такие, как: высокий, низкий, увеличение и снижение, отражают средние данные по Европе, определенные исследованием. В целом, в описаниях используется термин “врач общей практики”, хотя врачи, работающие на уровне первичного звена, называются в разных странах по-разному. Так как эти результаты являются итогом завершенного исследования, для презентации использовалось прошедшее время, хотя описанная ситуация соответствует информации, имевшейся у авторов на момент написания.

## Резюме профилей на уровне стран

### **Австрия**

Число врачей общей практики выше среднеевропейского показателя. Большинство врачей работают не по найму и в одиночку (без посторонней помощи), выполняя роль фильтра. Небольшое число из них – женщины, и их средний возраст выше среднеевропейского показателя. Большую часть времени они работают в качестве врачей общей практики, хотя многие из них выполняли и другие виды работы дополнительно. Сравнительно большая доля их имеет необходимую профессиональную подготовку. Отмечалось хорошее сотрудничество с коллегами как в первичной медико-санитарной помощи, так и во вторичной, но не с социальными работниками.

Их деятельность, как врачей первого контакта и по применению методов медицинских исследований, сравнима с такой же деятельностью других европейских врачей общей практики. Уровни терапевтической деятельности являются сравнительно высокими. Они, в частности, вовлечены в оказание помощи детям, включая профилактическое наблюдение и иммунопрофилактику, и в процесс выявления гипертонии и повышенного уровня холестерина в крови. Применение гомеопатической медицины выше среднего уровня.

Вовлеченность в ведение острых состояний является ниже средней. Как группа, ВОП активны в оказании услуг по планированию семьи и антенатальной помощи, но

не родовспоможению. Парадоксом было то, что они не были вовлечены в оказание профилактической помощи женщинам.

Число контактов с пациентами, включающее посещения на дому и работу вне часов приема, было очень высоким, и число консультаций по телефону – частым. Врачи общей практики не посещали пациентов в стационаре. Система назначения посещений (предварительной записи) не была характерной. Половина врачей общей практики применяла компьютеры, причем многими врачами они использовались для ведения медицинских записей пациентов. В целом, удовлетворенность работой высока, хотя и наблюдается довольно значительное недовольство несоответствием между прилагаемыми усилиями и вознаграждением.

### **Бельгия**

В расчете на единицу населения число врачей общей практики в Бельгии было больше, чем в любой другой европейской стране. Врачи в основном работают в индивидуальных практиках. Они не выполняют роли фильтра по отношению к вышестоящим уровням оказания медицинской помощи, и их услуги оплачиваются пациентами, чьи расходы затем возмещаются через страхование. Число женщин среди ВОП было небольшим, и их средний возраст был ниже среднеевропейского показателя. Они проводили больше часов в роли врачей общей практики, хотя многие из них выполняли и другие работы. Большинство из них прошли профессиональную подготовку. Сотрудничество с другим персоналом первичной медико-санитарной помощи было недостаточным, хотя отмечался хороший контакт с узкими специалистами.

Положение врачей общей практики в качестве первой точки контакта было выше среднего. Они были тесно вовлечены в решение проблем детей с психосоциальными проблемами, активно участвовали в оказании профилактической помощи, проведении скрининга, иммунопрофилактики, антенатальной помощи и услуг по планированию семьи. Их показатели были выше среднего по применению медицинских техник, последующего наблюдения заболеваний и выявлению случаев гипертонии. Гомеопатическая медицина не была популярна.

Работа врачей общей практики по многим аспектам отличалась от таковой в большинстве европейских стран. В частности, посещения на дому были особенно выраженными, число амбулаторных посещений было меньше по сравнению с другими странами, и большинство их проводилось без предварительного назначения. Большинство врачей общей практики не имели вспомогательной помощи. Компьютеры использовались большинством; половина применяла их для ведения медицинских записей. Посещение стационара было широко распространено, и большинство врачей общей практики оказывали услуги вне часов приема. Хотя удовлетворенность работой была где-то на среднем уровне, подвергался критике объем административной работы.

## **Болгария**

Врачи общей практики были молоды, по возрасту и многие из них были женщины. Небольшое число прошло профессиональную подготовку, но время, посвященное непрерывному медицинскому образованию, было выше среднего. Они получают зарплату, и в целом работают в группах. Часы работы были в пределах среднеевропейского уровня, и у небольшого числа врачей имелась дополнительная работа. Они не выполняли роли фильтра ко вторичной медицинской помощи. Сотрудничество с другими медицинскими работниками было хорошо развито, но регулярно встречались с социальными работниками лишь отдельные сотрудники.

Профиль задач был ограничен по почти всем измеримым сферам деятельности. Только выявление гипертонии было выше среднего. Нагрузка, измеряемая числом контактов с пациентами по амбулаторным посещениям, приближалась к средней и была выше средней по посещениям на дому. Телефонные консультации с пациентами и посещения стационаров были нечасты. Система назначения посещений использовалась нечасто, компьютеры использовались редко, а наличие диагностического оборудования было очень ограниченным. Удовлетворенность работой была низкой, и вознаграждение было неадекватным.

## **Венгрия**

Обеспеченность врачами общей практики была средней. Они не выполняли роли фильтра. Одна треть врачей были женщинами, причем их средний возраст (51) был самым старшим из всех. Большинство не имело надлежащей профессиональной подготовки; продолжительность рабочего времени была короткой, и число врачей, принимающих и консультирующих пациентов на стороне, было выше среднеевропейской величины. В целом же, сотрудничество с другими медработниками было налажено очень хорошо.

Уровень врачей общей практики в Венгрии, как врачей первого контакта с населением, превышал среднеевропейский, в частности, в отношении оказания помощи по острым, неотложным состояниям и психосоциальным проблемам, но показатели были ниже средних по предоставлению услуг при педиатрических и акушерско-гинекологических проблемах. Вовлеченность в ведение хронических заболеваний была средней. Малые хирургические процедуры были нечастыми в практике, и только небольшое число врачей занимались гомеопатией.

Врачи общей практики усиленно занимались скринингом на предмет выявления гипертонии. Оказание услуг по планированию семьи было рутинной практикой, но услуги по проведению скрининга на предмет рака шейки матки и педиатрическому наблюдению, включая иммунопрофилактику, как правило, не оказывались.

Нагрузка была очень высокой как по амбулаторным посещениям, так и по визитам на дому. Треть врачей сообщала о том, что они посещают больных в стационаре, и три

четверти оказывали услуги вне часов приема. Консультации по телефону были нечастыми. Назначение посещений пациентов по записи было редким. Обеспеченность диагностическим оборудованием была ограниченной, но, как сообщалось, половина врачей применяла их для ведения медицинских записей. Удовлетворенность работой была низкой, хотя и не настолько низкой, как во многих других восточноевропейских странах.

## **Германия**

Обеспеченность врачами общей практики была низкой, и они не играли роль фильтра. Они работали самостоятельно, причем около двух третей работали в индивидуальных практиках. Женщин было немного, и они были старше, чем в большинстве других стран. Многие из врачей прошли профессиональную подготовку. Особенностью было то, что продолжительность рабочего времени была длительной. Уровень дополнительной занятости ВОП в стране соответствовал средневропейскому. Сотрудничество с другими медработниками первичного и вторичного звена было на высоком уровне, но контакты с социальными работниками были недостаточными.

Роль врачей общей практики в качестве первого контакта была выше средней, за исключением проблем, связанных с гинекологией. Особенно сильными были позиции врачей в отношении психосоциальных проблем. Они были на среднем уровне по использованию технических процедур, но занимали сильные позиции в ведении хронических заболеваний, выявлении гипертензии и повышенного уровня холестерина в крови, а также в использовании гомеопатии. Они не занимались сколько-нибудь значительно оказанием антенатальной помощи, родовспоможением и другой профилактической помощью женщинам. Вовлеченность в наблюдение за детьми и иммунопрофилактику была выше средней.

Нагрузка была особенно высока, с наибольшим числом посещений пациентов, большим числом визитов и консультаций по телефону. Многие врачи общей практики посещали пациентов в стационаре, и около двух третей оказывали услуги вне часов приема. Большинство принимали пациентов по записи, и задержка в назначении времени консультации была на уровне средневропейской величины. Диагностическое оборудование и компьютеры были доступны для врачей как ни в одной другой стране. Удовлетворенность работой была ниже средней, кроме того, врачи общей практики были недовольны выполнением административных задач и оплатой своего труда.

## **Греция**

Большинство врачей общей практики были наняты на работу государством или одной из касс здоровья (страховых фондов) и работали в группах, хотя небольшое число имело индивидуальные практики. Они не выполняли роли фильтра к вышестоящим уровням оказания медицинской помощи. В отношении возраста и доли женщин среди врачей уровень соответствовал средневропейскому. Продолжительность рабочего времени была короткой, хотя значительная часть его была посвящена непрерывному медицинскому образованию. Сотрудничество с другими медработниками было выше среднего.

Как врачи первого контакта они не были вовлечены сколько-нибудь вплотную в оказание помощи по педиатрическим, акушерско-гинекологическим и психосоциальным проблемам. В отношении оказания услуг при неотложных состояниях, ведении хронических заболеваний и технических процедур они были на уровне среднеевропейских показателей. Греческие врачи общей практики не занимались гомеопатией. В целом, вовлеченность в предоставление профилактической помощи была низкой, хотя выявление повышенного уровня холестерина и наблюдение за детьми и проведение программ иммунопрофилактики были на достаточно хорошем уровне.

Врачи общей практики работали в основном в амбулаториях и редко посещали больных на дому; некоторые посещали пациентов в стационарах, и большинство оказывали услуги вне часов приема. Консультации по телефону были нечастыми. Нагрузка была низкой, хотя продолжительность консультаций и была достаточной. Системы предварительной записи больных не была характерны, и помощью вспомогательного персонала располагали лишь немногие врачи общей практики. Показатели обеспеченности диагностическим оборудованием и использования компьютеров были низкими. Уровень удовлетворенности работой был, в целом, средним.

### **Дания**

Обеспеченность врачами общей практики была в пределах среднеевропейского уровня. Большинство из них работали в индивидуальных практиках и выполняли роль фильтра. Средний возраст был высоким, и доля женщин среди них была небольшой. Профессиональная подготовка была хорошо развита. Рабочие часы, обязательства по непрерывному медицинскому образованию и побочная работа вне практики соответствовали среднему уровню. Сотрудничество внутри первичной медико-санитарной помощи и со специалистами было недостаточным.

Для врачей общей практики характерен четко выраженный профиль задач во всех измеримых сферах. Гомеопатические средства назначались очень редко. Значительную роль они играли в оказании услуг по планированию семьи и во всех сферах профилактической помощи, в частности, по скринингу рака шейки матки. Посещения пациентов осуществлялись по записи. Оснащенность диагностическим оборудованием была выше среднего европейского уровня; большинство врачей общей практики имели компьютеры, но менее половины врачей использовали их для ведения медицинских записей. Удовлетворенность работой была различной.

Нагрузка по амбулаторным посещениям была несколько ниже среднеевропейской, хотя консультации по телефону были более частыми. Число посещений на дому было небольшим, и врачи общей практики редко посещали пациентов в стационаре. Одна треть всех врачей общей практики не имели обязательств вне часов приема.

### **Израиль**

Уровень обеспеченности врачами общей практики в Израиле был средним. Врачи общей практики являлись фильтром по отношению ко вторичному уровню оказания

медицинской помощи, они нанимались фондами страхования и, как правило, работали в группах. Средний возраст был выше среднеевропейского уровня, и среди врачей большее число составляли женщины. Уровень профессиональной подготовки был ниже, чем в Западных странах, но часы, посвященные непрерывному медицинскому образованию, превышали средние показатели. Продолжительность рабочего времени в рамках общей практики была низкой, но многие врачи выполняли дополнительные обязанности. Сотрудничество с другими специалистами как на уровне первичного, так и вторичного звена было на высоком уровне.

Сильными были позиции врачей общей практики первого контакта в ведении хронических заболеваний и слабыми – в отношении применения медицинской технологии и использования гомеопатии. Их роль в оказании акушерской и профилактической помощи в целом была выше средней, хотя они были менее сильны в педиатрическом наблюдении и иммунопрофилактике. Вовлеченность в проведение цитологии шейки матки была также низкой. ВОП были очень активны в скрининге по определению повышенного уровня холестерина.

Нагрузка была выше средней и продолжительность консультаций – короткой. Число консультаций по телефону было чуть выше среднего, число посещений на дому низким, и большинство врачей посещали своих пациентов в стационаре. Консультации пациентов осуществлялись по записи, и задержки в назначении времени приема были на уровне средней величины. Обеспеченность диагностическим оборудованием была ниже средней, но уровень использования компьютеров был средним, хотя лишь немногие врачи общей практики применяли их для ведения медицинских записей. Удовлетворенность работой была приемлемой, хотя и была неудовлетворенность уровнем вознаграждения/оплаты.

## **Ирландия**

Обеспеченность врачами общей практики была чуть выше среднеевропейской. Они выполняли роль фильтра по отношению ко вторичному уровню оказания медицинской помощи. Чуть более половины врачей работали в индивидуальных практиках. Средний возраст, доля прошедших профессиональную подготовку и женщин были на уровне средних величин. Продолжительность рабочего дня и обязательства по другим контингентам пациентов или видам работы превышали средний уровень. Сотрудничество с другими медработниками было недостаточным.

Врачи общей практики были первой точкой контакта по большинству заболеваний, и их роль в ведении хронических болезней была также хорошо развита. Использование медицинских технических процедур было выше среднего, тогда как гомеопатия не применялась. Деятельность в сфере оказания профилактической помощи была выше средней.

Консультации, как правило, назначались не по записи. Уровни нагрузки по амбулаторным посещениям, посещениям на дому и консультациям по телефону были

средними. Большая часть врачей также выполняла обязанности вне часов приема, но посещения больных в стационаре были ниже среднего уровня. Уровень оснащенности диагностическим оборудованием был средним, но использование компьютеров незначительным. Удовлетворенность работой была выше средней, хотя выполнение административных задач вызывало некоторое недовольство.

### **Исландия**

Для Исландии была характерна более высокая обеспеченность врачами общей практики по сравнению со многими другими европейскими странами. Они выполняли роль фильтра и работали в группах; большинство получали зарплату. Средний возраст был низким, и доля женщин была также низка. Многие прошли профессиональную подготовку. Продолжительность рабочего времени была выше средней, и большинство врачей выполняли дополнительную работу. Рабочие взаимоотношения с другими работниками первичного звена (за исключением социальных работников) были хорошо налаженными. Роль врачей общей практики, как первой точки контакта в случае проблем со здоровьем, была выше средней, особенно в отношении проблем у детей. Они занимали сильные позиции в том, что касалось применения медицинской технологии. Гомеопатические средства использовались редко.

Врачи общей практики были вовлечены особенно в оказание антенатальной помощи, и многие из них занимались также оказанием помощи по родовспоможению. В области профилактической помощи рутинными функциями были: педиатрическое наблюдение, проведение иммунопрофилактики и планирование семьи. За исключением цитологии мазка шейки матки, все другие рутинные процедуры выявления заболеваний выполнялись относительно небольшим числом общепрактикующих врачей. Нагрузка была низкой, с небольшим числом амбулаторных посещений или посещений на дому. Консультации по телефону были широко распространены. Посещение больных в стационаре соответствовало среднеевропейскому уровню, и оказание услуг врачами общей практики вне часов приема было высоким. Большинство консультаций осуществлялось по записи, и задержки более чем в один день были редкостью. В распоряжении врачей был широкий арсенал диагностического оборудования, и большинство врачей имели компьютеры; две трети из них использовали их для ведения медицинских записей. Удовлетворенность работой была высокой.

### **Испания**

Обеспеченность врачами общей практики была выше среднеевропейского уровня. Врачи общей практики выполняли роль фильтра и работали по найму в национальной системе здравоохранения. Средний возраст был молодым, одна треть врачей – женщины, немногие прошли профессиональную подготовку, но заинтересованность в непрерывном медицинском образовании была высокой. Рабочая неделя была короткой, и уровень внешней нагрузки, т.е. дополнительной работы, был около среднего. Сотрудничество с социальными работниками было хорошим, но очень плохое с медсестрами и специалистами.

В городах Испании первичная медико-санитарная помощь детям оказывается специалистами-педиатрами. Роль врачей общей практики, как первой точки контакта, не считая педиатрических проблем, превышала средний уровень, хотя по ведению хронических заболеваний и использованию медицинских и технических процедур, она была ниже среднего уровня.

Применение гомеопатии было низким. Половина врачей общей практики оказывали антенатальную помощь. Скрининг на предмет гипертонии и повышенного уровня холестерина был на уровне значительно выше среднего. Вовлеченность в другие профилактические мероприятия была ниже среднеевропейской.

Большинство показателей нагрузки испанских врачей общей практики были ниже среднего уровня. Половина врачей использовала систему предварительной записи; степень оснащения диагностическим оборудованием и компьютерами была ниже средней. Административные задачи критиковались, но за исключением этого, удовлетворенность работой была выше средней.

## **Италия**

Обеспеченность врачами общей практики была особенно высока в Италии, где они работали самостоятельно (в основном в индивидуальных практиках) и выполняли роль фильтра. Женщин среди врачей было немного, и число прошедших профессиональную подготовку было, в частности, очень низким, хотя работающие врачи общей практики и затрачивали на непрерывное медицинское образование время выше среднего показателя. Продолжительность рабочего времени была короткая, и многие врачи общей практики занимались приемом больных или выполняли другие обязанности. Уровень сотрудничества с другими специалистами превышал средний, но был недостаточным с другими работниками первичного звена. Врачи общей практики имели сравнительно сильные позиции в качестве врачей первого контакта, в частности, по проблемам женщин и детей. Что касается ведения хронических заболеваний, то здесь их позиции были средними, тогда как использование технических процедур было на очень низком уровне, и гомеопатия была непопулярна. По профилактической помощи они были очень сильны в таких областях, как помощь матерям и планирование семьи. Они были также более активны, чем большинство других европейских врачей в отношении проведения скрининга по определению повышенного уровня холестерина и рака шейки матки.

Нагрузка в целом была ниже средней, со сниженным числом амбулаторных посещений, которые имели тенденцию быть продолжительными. Частота консультаций по телефону и посещений на дому была выше средней, но объем услуг врачей общей практики вне часов приема был не особенно высоким. Пациенты назначались на прием по записи и большая часть практик не располагала вспомогательным персоналом. Использование диагностического оборудования и

компьютеров было низким. Удовлетворенность работой была низкой, хотя усилия и оплата считались соразмерными.

### **Латвия**

Большинство врачей общей практики работали в группах и были наняты национальной системой здравоохранения. Они не выполняли роли фильтра по отношению ко вторичной помощи. Три четверти врачей были женщины, и средний возраст был меньше среднеевропейского. Продолжительность рабочего времени была короткой, но время, затрачиваемое на непрерывное медицинское образование, было средним. Дополнительные обязанности или возможности для работы имели лишь немногие врачи. Сотрудничество с другими медработниками было в целом хорошим, за исключением социальных работников.

Роль врачей общей практики, как первой точки контакта, и применение медицинских техник были плохо развиты, хотя они были более активными в применении гомеопатии по сравнению с другими европейскими странами. Половина врачей общей практики участвовали в оказании медицинской помощи матерям; позиции по выявлению гипертонии и рака шейки матки были сильными. Наблюдение за детьми, иммунопрофилактика и услуги по планированию семьи были на низком уровне.

Среднее число консультаций было в особенности низким; система записи к врачу не была характерна. Уровни посещений на дому были среднеевропейскими; посещения больных в стационаре и консультации по телефону были нечастыми. Половина врачей общей практики оказывали услуги вне часов приема. Обеспеченность диагностическим оборудованием была на среднем уровне, число компьютеров было небольшим. Врачи общей практики были положительно настроены в отношении своей работы, хотя была значительная неудовлетворенность уровнем вознаграждения/оплаты.

### **Литва**

Большинство бывших государственными служащими врачей общей практики составляли женщины. Треть из них работала в индивидуальных практиках. Они не играли роли фильтра. Немногие прошли профессиональную подготовку, но время, затрачиваемое на непрерывное медицинское образование, было на уровне среднего. Продолжительность рабочего времени была короткой, и определенное число врачей имели возможность выполнять работу на стороне. Сотрудничество было в целом хорошим, в частности с медсестрами, но не с социальными работниками.

Профиль задач был очень ограничен, в частности, в качестве врача первого контакта и в отношении использования клинических процедур. Применение гомеопатии было широко распространено. Педиатрическое наблюдение, иммунопрофилактика и услуги по планированию семьи врачами общей практики обычно не осуществлялись, и только одна треть врачей занималась оказанием

антенатальной помощи. Скрининг по определению гипертонии был хорошо развит, а определение повышенного уровня холестерина было на уровне среднего.

По всем измерениям нагрузка была низкой, и лишь немногие врачи оказывали услуги вне часов приема. Посещения стационаров осуществлялись очень редко. Система назначения приема была нехарактерна. Обеспеченность диагностическим оборудованием была сравнительно высокой, но уровень использования компьютеров в стране был самым низким. Была значительная неудовлетворенность продолжительностью работы и условиями, но лишь немногие врачи были склонны к уходу из медицины.

### **Люксембург**

Обеспеченность врачами общей практики была на уровне средневропейского показателя. Они не выполняли роли фильтра, и большинство врачей работали в индивидуальных практиках; женщин было немного среди врачей, и средний возраст был ниже средневропейского. Доля прошедших профессиональную подготовку была ниже средней. Продолжительность работы была длительной, и дополнительную работу имели лишь немногие врачи. Сотрудничество со специалистами и социальными работниками было хорошо развито. Контакты между врачами общей практики были ограниченными.

Роль врача в качестве точки первого контакта была ниже средневропейского уровня, в частности, по гинекологии. Средним был уровень привлечения врачей к ведению хронических заболеваний и применению медицинской технологии. Применение гомеопатии было редким. Вовлеченность в оказание помощи матерям и в скрининговые мероприятия была низкой, за исключением скрининга на предмет гипертонии. Наблюдение за детьми, иммунопрофилактика и планирование семьи были важными видами деятельности врачей общей практики. Нагрузка была на уровне средней, и системы назначения посещений были нечастыми. Большинство врачей общей практики не располагали помощью вспомогательного персонала. Уровни посещений на дому, консультации по телефону и посещения стационаров была на уровне средних величин. Большинство врачей общей практики оказывали услуги вне часов приема. Обеспеченность диагностическим оборудованием была на среднем уровне, и половина врачей имели компьютеры, хотя они обычно не использовались для ведения медицинских записей. Врачи общей практики были удовлетворены уровнем вознаграждения, хотя и менее удовлетворены отдельными другими аспектами своей работы.

### **Нидерланды**

Обеспеченность врачами общей практики была низкой. Они играли роль фильтра; работали не по найму и, как правило, в индивидуальных практиках. Средний возраст был 45 лет; доля женщин была меньше, а доля прошедших профессиональную подготовку выше, чем соответствующие средневропейские показатели.

Продолжительность рабочего дня была долгой, и лишь немногие врачи имели дополнительные назначения. Сотрудничество с другими врачами общей практики было хорошим, но не было таким же со специалистами.

Врачи общей практики играли значительную роль в качестве точки первого контакта, и уровень использования технических процедур было выше среднего. Как сообщалось, их вовлеченность в ведение хронических заболеваний и применение гомеопатии были ниже средних величин. Значительной была их роль по оказанию помощи матерям, планированию семьи и скринингу на предмет рака шейки матки; показатели были ниже средних по другим скрининговым мероприятиям, педиатрическому наблюдению и иммунопрофилактике.

Амбулаторные посещения, в основном по записи, были относительно непродолжительными, но их число было относительно высоким. Посещения на дому, консультации по телефону и посещения пациентов в стационаре превышали средний уровень. Почти все оказывали услуги вне часов приема. Амбулатории были хорошо оснащены, и большинство врачей использовали компьютеры, причем часто – для ведения медицинских записей. Удовлетворенность работой в целом была высока.

## **Норвегия**

Число врачей общей практики, исходя из численности населения, превышало средний уровень, и они выполняли роль фильтра ко вторичной помощи. Относительно небольшое число врачей работали не по найму, используя совместно с коллегами рабочие помещения. Средний возраст был 42 года, и доля женщин составляла 26%. Профессиональная подготовка была хорошо развита, и время, затрачиваемое на непрерывное медицинское образование, было на уровне среднего. Рабочая неделя была короче, чем в других странах, и многие врачи имели дополнительные назначения. Сотрудничество с другими специалистами было ниже среднего.

Уровень норвежских врачей общей практики, как врачей первого контакта, в сфере лечебной помощи и ведения хронических заболеваний был выше среднего. Гомеопатия была непопулярна. Врачи общей практики активно работали в большинстве сфер профилактической помощи, включая помощь матерям и услуги по планированию семьи. Они принимали значительное участие в скрининговых обследованиях по поводу рака шейки матки, но были в меньшей степени вовлечены в другие скрининговые мероприятия.

Амбулаторные посещения обычно осуществлялись по записи, время приема (консультации) каждого пациента и самой консультации было более чем достаточным, но число амбулаторных посещений было меньшим, чем в большинстве других стран. Консультации по телефону были частыми; посещения на дому и оказание услуг вне часов приема были ниже средних показателей. Амбулатории были хорошо оснащены; большая доля врачей использовала компьютеры, причем многие из них – для ведения медицинских записей. Удовлетворенность работой была высокой.

## **Польша**

Большинство врачей общей практики были государственными служащими и работали в индивидуальных практиках. Многие из них были женщинами, немногие прошли профессиональную подготовку, хотя время, затрачиваемое на непрерывное медицинское образование, было выше среднего. Врачи общей практики не выполняли роли фильтра. Рабочая неделя была короткой, и многие выполняли дополнительную работу. Сотрудничество с другими медицинскими работниками было в целом выше среднего.

Роль врачей общей практики как врачей первого контакта была значительно ниже средней, но вовлеченность в оказание помощи при острых состояниях и в ведение хронических заболеваний была несколько выше. Технические процедуры были нечастыми, а применение гомеопатии было незначительным. Их роль в профилактической помощи была смешанной, очень незначительной в отношении оказания услуг по планированию семьи, помощи матерям и цитологии на предмет рака шейки матки, но показатели по скринингу на предмет гипертонии намного превышали средний уровень.

Число амбулаторных посещений было на уровне среднего, хотя время, отведенное на них, было больше, чем в большинстве других стран. Система записи на прием была нехарактерна. Другие показатели нагрузки были ниже среднего уровня, и лишь немногие врачи были вовлечены в оказание услуг вне часов приема. Обеспеченность диагностическим оборудованием и компьютерами была ниже среднего уровня. Неудовлетворенность уровнем вознаграждения была значительной.

## **Португалия**

Число врачей общей практики было более чем достаточным. Они были моложе, чем в большинстве других стран, и около половины из них составляли женщины. Профессиональная подготовка была хорошо развита. Врачи общей практики, в основном, работали в группах, как служащие, находящиеся на заработной плате, и выполняли роль фильтра. Рабочая неделя была короткой, и многие имели дополнительную работу. Уровень сотрудничества был высоким.

Их позиция в качестве первой точки контакта была достаточно сильной, но не так сильна в отношении ведения хронических заболеваний и острых, неотложных состояний. Применение медицинской техники было низким, гомеопатия не практиковалась. Большинство врачей общей практики были вовлечены в оказание антенатальной помощи, и их позиции были сильны в отношении всех видов профилактической помощи, за исключением определения повышенного уровня холестерина. По сравнению с другими, они были в большей степени вовлечены в обучение населения.

В целом, нагрузка была ниже, чем в большинстве других стран, в особенности по посещениям на дому, хотя посещение пациентов в стационарах было широко распространено. Они оказывали мало услуг вне часов приема, а большинство

консультаций осуществлялось по записи. Диагностическое оборудование было очень ограничено, но использование компьютеров было на среднем уровне. Среди стран Западной Европы португальские врачи общей практики сообщали о наибольшей неудовлетворенности уровнем вознаграждения. Административные задачи также вызывали неудовлетворенность.

### **Румыния**

Врачи общей практики в Румынии были сравнительно молоды, и среди них было много женщин. Они не выполняли роли фильтра, и сколько-нибудь существенную профессиональную подготовку прошли немногие. Значительное время уделялось непрерывному медицинскому образованию. Хотя продолжительность рабочего времени была крайне короткой, дополнительную работу имели сравнительно немногие. Сотрудничество с другими медработниками первичной медико-санитарной помощи, включая социальных работников, было хорошим.

Роль врачей общей практики, как врачей первого контакта, в случаях неотложных, острых состояний, ведения хронических заболеваний и использования технических процедур была одинаково незначительной, хотя уровень применения гомеопатии и был выше среднего. Врачи общей практики были особенно активными в оказании услуг матерям, включая родовспоможение, и в деле обучения населения; кроме того, они были где-то на среднем уровне по педиатрическому наблюдению и иммунопрофилактике, но что касается участия и вовлеченности в выявление заболеваний и скрининговых процедур, то здесь их уровень был ниже среднего.

Среднее число консультаций было низким, и они осуществлялись без предварительной записи. Показатели посещений на дому, консультаций по телефону и услуг вне часов приема были ниже среднеевропейских, хотя половина врачей общей практики посещала пациентов в стационаре. Обеспеченность диагностическим оборудованием и компьютерами была низкой. Неудовлетворенность уровнем вознаграждения была широко распространенной, хотя она не отличалась сколько-нибудь значительно от других стран Восточной Европы. Значительное число врачей намеревалось покинуть медицину.

### **Словения**

Врачи общей практики в Словении работали в группах и выполняли роль фильтра. Большинство врачей были молодыми и женского пола. Число прошедших профессиональную подготовку было на уровне среднего, а время, затрачиваемое на непрерывное медицинское образование, было значительно выше среднего. Очень немногие имели дополнительную работу. Уровень сотрудничества с другими медработниками был ниже среднего.

Роль врачей общей практики в оказании услуг детям и матерям с акушерско-гинекологическими проблемами была очень ограниченной. С учетом вышесказанного, у них были сильные позиции в качестве врачей первого контакта. Ниже среднего был их

уровень в отношении ведения хронических заболеваний и применения технических процедур. Гомеопатия практиковалась редко. На уровне средневропейских показателей были скрининг в отношении определения гипертонии и повышенного уровня холестерина в крови, но другие профилактические мероприятия были ниже среднего.

Врачи общей практики не имели системы предварительной записи на прием. Сравнительно высоким был уровень амбулаторных посещений. Консультации по телефону были в пределах среднего уровня, в отличие от посещений на дому и в стационаре, с их низким уровнем, и от оказания услуг вне часов приема, характеризовавшегося сравнительно высоким уровнем. Оснащенность диагностическим оборудованием была хорошей, и половина врачей применяла компьютеры, но только немногие из них использовали их для ведения медицинских записей. Врачи были в достаточной мере удовлетворены своей работой, за исключением вознаграждения.

### **Соединенное Королевство**

Обеспеченность врачами общей практики была сравнительно низкой. Их роль в качестве фильтра весьма сильна, и врачи работают обычно в группах. Система профессиональной подготовки сильная. Рабочая неделя длиннее средневропейского показателя, хотя у многих была еще и дополнительная работа. Время, затрачиваемое на непрерывное медицинское образование, было ниже среднего. Взаимодействие с другими медработниками в целом было хорошим, чего нельзя сказать о сотрудничестве с социальными работниками.

Британские врачи общей практики играли видную роль в качестве точки первого контакта, с использованием технических процедур и на уровне, превышающем средний, и очень значительным участием в ведении хронических заболеваний. Гомеопатия не была популярна. Роль врачей общей практики в оказании помощи матерям и профилактической помощи в целом достаточно высока, в частности по планированию семьи, педиатрическому наблюдению и иммунопрофилактике.

Амбулаторные посещения осуществлялись по предварительной записи, и их число было выше средневропейского показателя. Посещения на дому были на уровне средневропейского, а оказание услуг вне часов приема высоким. Среднее время, отведенное на консультации, было непродолжительным, а консультации по телефону – нечастыми. Оснащенность диагностическим оборудованием была на среднем уровне. Применение компьютеров было хорошо развито, и многие врачи общей практики использовали их для ведения медицинских записей. Уровень удовлетворенности работой, как в плане вознаграждения, так и в административном отношении, был ниже средневропейского.

### **Турция**

Врачи общей практики не выполняли роль фильтра; они были наняты государством и работали в группах. Профессиональной подготовки не было. Многие врачи общей

практики были на подготовительной фазе к специализации и затрачивали много времени на непрерывное медицинское образование, вероятно ориентированное на непосредственно выбранную ими специальность. Рабочая неделя была продолжительной, но дополнительное число пациентов обслуживались лишь немногими. Сотрудничество с коллегами было слабым.

Врачи общей практики имели низкие позиции почти по всем параметрам лечебной деятельности. Более четверти применяли гомеопатию в практике. Половина была вовлечена в оказание антенатальной помощи и треть – в оказание помощи по родовспоможению. Выше среднеевропейских показателей была вовлеченность в оказание услуг по планированию семьи, наблюдению за детьми и иммунопрофилактике. Их роль в скрининге была очень низкой.

Число амбулаторных посещений было большим, но лишь немногие врачи посещали больных на дому. Система предварительной записи встречалась нечасто. Оснащенность диагностическим оборудованием и компьютерами была низкой. Неудовлетворенность работой была выраженной, с сильным намерением сменить профессию.

### **Финляндия**

Обеспеченность врачами общей практики была выше средней. Большинство врачей работали в группах и получали зарплату; они не выполняли роли фильтра к другим уровням оказания медицинской помощи. Небольшое число врачей общей практики были женщины, и средний возраст был низким. Профессиональная подготовка была развита недостаточно. Продолжительность рабочего времени была ниже среднего уровня, и небольшая часть врачей имела работу на стороне. Сотрудничество со всеми уровнями оказания медицинской помощи было хорошим.

Уровень финских врачей общей практики, как первой точки контакта, был выше среднеевропейского. Они были особенно сильны в применении медицинской технологии. Выше средних были показатели по антенатальной помощи и цитологии шейки матки. Скрининг на предмет гипертонии был нехарактерен. Гомеопатия в практике не применялась.

Нагрузка врачей общей практики была низкой. Применялась система назначения посещений; пациентам приходилось ждать по два и более дней своего посещения. Посещения на дому были нечасты. Посещения стационаров осуществлялись большинством, и многие были вовлечены в оказание услуг вне часов приема. Оснащенность компьютерами и медицинским оборудованием была выше, чем в целом в любой другой стране. Хотя и удовлетворенность работой была высока, многие были заинтересованы в получении немедицинской работы.

### **Франция**

Врачи общей практики во Франции не выполняют функции фильтра по отношению к вышестоящим уровням оказания медицинской помощи; они работают

самостоятельно, зачастую в малых группах. Средний возраст был ниже среднеевропейского, число женщин среди них было небольшим, и лишь немногие прошли профессиональную подготовку. Длительность рабочего времени была продолжительной, и все же значительная часть врачей выполняла также другие виды работ помимо основной работы. Сотрудничество с другими медработниками первичной медико-санитарной и вторичной помощи было в целом выше среднего, и исключением было лишь неудовлетворительное сотрудничество с социальными работниками.

Врачи общей практики работали как хорошо налаженная структура первого контакта населения с медицинской помощью. По лечебной работе и ведению хронических заболеваний их уровень превышал средний. Применение медицинских технических процедур было в пределах средней величины. Небольшое число врачей занималось гомеопатией. В большинстве сфер профилактической помощи, особенно по оказанию антенатальной помощи, педиатрического наблюдения и иммунопрофилактики, уровень деятельности врачей был выше среднего. Кроме того, они активно занимались скринингом на рак шейки матки и гипертензию.

Нагрузка врачей, измеряемая числом амбулаторных посещений, была низкой, хотя время, затраченное на каждое посещение, было значительно выше среднего. Уровень посещений на дому был достаточно высоким, и половина врачей общей практики, как сообщалось, посещали пациентов в стационаре. Консультации по телефону были нечастыми, но большинство врачей общей практики выполняла работу вне часов приема. Небольшому числу врачей общей практики помогал вспомогательный персонал, и обеспеченность диагностическим оборудованием была ниже средней. Половина из них имела компьютеры, но лишь немногие использовали их для ведения медицинских записей. Французским врачам общей практики не нравилась административная работа в целом, но удовлетворенность работой превышала средний уровень.

## **Хорватия**

Обеспеченность врачами общей практики была ниже среднеевропейской. Большинство врачей получали зарплату, и небольшое число имело дополнительную работу. Профессиональная подготовка была хорошо развита, и время, затрачиваемое на непрерывное медицинское образование, было выше среднего. Врачи общей практики не выполняли роли фильтра ко вторичному уровню оказания медицинской помощи. Две трети врачей работали в группах. Они хорошо сотрудничали с другим медперсоналом первичной медико-санитарной помощи (за исключением социальных работников), но связи с узкими специалистами были недостаточными.

Врачи общей практики были обычно первой точкой контакта в случае возникновения проблем со здоровьем и играли активную роль в ведении хронических заболеваний. Медицинская технология применялась редко. Использование гомеопатической медицины не было широко распространено. Зачастую они не были вовлечены в оказание профилактической помощи, за исключением оказания услуг по планированию семьи.

Врачебная нагрузка измерялась числом амбулаторных посещений, которые обычно осуществлялись по записи. Продолжительность консультации была короткой. Консультации по телефону, посещения на дому, в стационаре и оказание услуг вне часов приема были ниже средних показателей. Уровень оснащения диагностическим оборудованием и использование компьютеров были низким. Врачи общей практики были удовлетворены своей работой, но не оплатой или административной нагрузкой.

### **Чешская Республика**

Характерна высокая обеспеченность врачами общей практики, две трети которых работали в группах (хотя этого уже не было в 1995 г.). Они не выполняли роли фильтра к вторичной медицинской помощи, средний возраст был ниже среднеевропейского, и многие врачи были женского пола. Профессиональная подготовка и непрерывное медицинское образование были хорошо развиты. Небольшое число врачей общей практики имело возможности для приема пациентов со стороны. Все формы сотрудничества были несколько ниже среднего уровня.

В большинстве сфер деятельности – как лечебной, так и профилактической – врачи общей практики сообщали данные, свидетельствовавшие о значительно более низких, чем в среднем по Европе, уровнях. Одно исключение было связано с ведением хронических заболеваний и объяснялось тем, что показатель выявления гипертонии был выше среднего. Гомеопатия применялась широко.

Среднее число консультаций, осуществляемых врачами общей практики, и их продолжительность значительно превышали средние уровни. Нечастыми были посещения на дому и посещения больных в стационаре. Три четверти врачей были вовлечены в оказание услуг вне часов приема. Прием пациентов был обычно по записи; наличие диагностического оборудования и компьютеров было ниже среднего уровня. Врачи общей практики выразили значительную неудовлетворенность своей работой ввиду низкой оплаты и большой административной нагрузки.

### **Швейцария**

Обеспеченность врачами общей практики была низкой и, как правило, они работают в индивидуальных практиках. Врачи общей практики были старше по возрасту, почти все мужского пола; и имели профессиональную подготовку чаще, чем в других европейских странах. Рабочая неделя – продолжительная, занятость в дополнительных работах – на уровне среднеевропейских показателей. Сотрудничество с другими медработниками-смежниками – хорошее, за исключением социальных работников. Позиции ВОП как врачей первого контакта – средние, и особенно сильны в ведении хронических заболеваний и использовании медицинской технологии. Небольшая часть врачей применяла гомеопатию. Более трех четвертей оказывали антенатальную помощь, и, в целом, они занимали сильные позиции в сфере профилактической помощи.

Посещения пациентов осуществлялись по предварительной записи, число оказанных консультаций было выше среднего, и интервал между записью и консультацией составлял зачастую два дня и более. Число посещений на дому было небольшим, хотя вовлеченность в оказание услуг вне часов приема была высокой. Оснащенность диагностическим оборудованием и компьютерами была хорошей, но компьютеры не применялись для ведения медицинских записей. В целом, удовлетворенность работой была высокой.

### **Швеция**

Обеспеченность врачами общей практики была особенно низкой. Большинство врачей общей практики работали в национальной системе здравоохранения в группах. Возраст был выше среднего, и сравнительно с другими европейскими странами среди них преобладали женщины. Значительная часть врачей прошла профессиональную подготовку, но мотивация и обязательства по непрерывному медицинскому образованию были ниже. Продолжительность рабочей недели и доля врачей общей практики, имеющих дополнительную работу, были в пределах среднеевропейских показателей. Сотрудничество с медсестрами было хорошим, хотя со специалистами и социальными работниками – недостаточным.

По мнению шведских врачей общей практики, их позиции как врачей первого контакта соответствовали среднему уровню. Ими применялся широкий спектр различных медицинских технических процедур; гомеопатия в практике не использовалась. Участие врачей в педиатрическом наблюдении и иммунопрофилактике было значительным, оказание антенатальной помощи было ниже среднего, как и по другим профилактическим мероприятиям в целом – незначительным.

Большинство пациентов посещают врача общей практики по предварительной записи, время отведенное на консультацию достаточное, но число амбулаторных посещений ниже среднеевропейского. Число посещений на дому и больных в стационаре было небольшим, но оказание услуг вне часов приема было обычным. Оснащенность диагностическим оборудованием было более чем достаточной, использование компьютеров на высоком уровне, хотя и не для ведения медицинских записей. Врачи общей практики высказывались достаточно положительно о своей работе, но не о своих доходах.

### **Эстония**

Врачи общей практики не являлись фильтром к другим уровням оказания медицинской помощи; большей частью получали зарплату и работали в группах. Большинство были женщины, небольшая часть прошла профессиональную подготовку, но время, уделявшееся непрерывному медицинскому образованию было выше среднего. Нагрузка врачей была низкой, и дополнительная работа или занятость были нечастыми. Сотрудничество с другими работниками первичной медико-санитарной помощи и узкими специалистами было приемлемым.

Профиль задач во многих областях был ограничен, хотя большинство врачей оказывали антенатальную помощь, и показатели скрининга на выявление гипертензии превышали средний уровень. Число амбулаторных посещений было низким. Врачи общей практики не посещали своих пациентов в стационаре, и вовлеченность в оказание услуг вне часов приема была низкой, хотя число посещений на дому было несколько выше среднего. Незначительное число врачей общей практики применяли компьютеры. Неудовлетворенность работой была широко распространена, в особенности ее оплатой.

# **Часть III**

*Новые тенденции*

---

## Глава 18 Текущие тенденции и проблемы будущего

Почти все системы здравоохранения в Европе находятся в процессе реформирования. В восточноевропейских странах это ясным образом связано с глубокими изменениями в их обществах в целом, в то время как в Западных странах эти изменения руководствуются внешними и экономическими мотивами. Хотя общая практика считается в целом высокоэффективной, ей не удалось избежать реформирования.

В этой главе мы попытаемся определить число черт, общих для всех стран, которые влияют на изменения в медицинской помощи, особенно первичной медико-санитарной помощи и общей практике. Каждая из них будет рассмотрена, в свою очередь, как в отношении развития существующих реформ, так и с точки зрения их будущего влияния на медицинскую помощь и общую практику. В последнем разделе этой главы мы будем иметь дело со стратегическими аспектами, имеющими отношение к внедрению изменений в здравоохранении.

### Старение населения

Демографическая структура в большинстве стран меняется, и к первой четверти нового столетия ожидается резкое увеличение процентной доли пожилых людей, относительное снижение доли молодого населения и увеличение среднего возраста<sup>118</sup>. Последствия этой демографической тенденции широко распространены. Системе здравоохранения придется считаться с повышением требований и спроса на свои услуги, так как старший возраст связан с большим числом хронических заболеваний и других проблем со здоровьем<sup>113</sup>. Есть надежда, что улучшения в области образования, гигиены и стандартов здоровья, в целом явятся противовесом по отношению к повышенному спросу, который создается стареющим населением. Тем не менее, потребуется больше учреждений типа домов для престарелых и сестринского ухода на коммунально-общинном уровне. Сокращение числа молодых людей может привести к снижению найма по профессиям, связанным с уходом, что приведет к большей степени зависимости от неформальных попечителей. Система традиционной семейной поддержки изменена происходящими социальными изменениями, приводя к увеличению числа одиноких лиц или лиц, живущих отдельно, в отрыве от родственников. Врачи общей практики могут ожидать как повышения нагрузки, так и расширение спектра необходимых услуг. Потребуется компенсаторные сокращения средних перерывов пациентов и/или делегировании отдельных обязанностей основному

или вспомогательному персоналу. Эти факторы будут способствовать развитию групповых практик или междисциплинарных команд и ускорят изменения при составлении и в содержании программ профессиональной подготовки, в частности в том, что касается преодоления трудностей, связанных со все большей сложностью задач предоставления комплексной медицинской помощи населению. Неспособность или неумение врачей общей практики удовлетворить эти потребности может привести к тому, что поставщики альтернативной помощи, например основанной на стационарной помощи, могут переместить свою деятельность в сферу обслуживания населения на коммунально-общинном уровне.

## Социальные тенденции

Помимо ожидаемых демографических изменений, Европа является свидетелем больших социальных изменений, которые влияют на многие складывающиеся годами способы решения тех или иных вопросов. Повышенная индивидуальная свобода, больший акцент на правах личности, повышенная мобильность, снижение важности семьи как ячейки общества и большее число распадающихся браков – все это влияет на социальную сеть коммунально-общинного уровня и отражается косвенным образом на оказании медицинской помощи. Взаимоотношения между отдельными лицами и властями в последние годы изменились, и в системе здравоохранения это повлияло на роль врача общей практики, в котором уже не видят покровителя и советчика, а больше своего рода поставителя услуг, удовлетворяющего запросы потребителей. Наблюдается растущая настойчивость и напористость среди пациентов (потребителей медицинской помощи), требующих большей информации по вопросам, связанным со здоровьем, большей личной вовлеченности и участия в их решении и нередко дополнительного информированного мнения. Медицина видится как вид обслуживания, который сродни банковскому делу или, скажем, розничной торговле. Свобода выбора врача является основополагающей частью этого процесса, и повышенный выбор является общей чертой реформ системы здравоохранения во всех странах Восточной Европы. Длинные листы ожидания для лечения несложных или нетяжелых заболеваний в Скандинавских странах привели к введению системы персональных врачей в Финляндии, Норвегии и некоторых провинциях Швеции<sup>119</sup>.

## Достижения технологий

Технический прогресс в медицине расширил рамки первичной медико-санитарной помощи. Более высокие стандарты оказания медицинской помощи могут быть достигнуты в домашних условиях, и многие пациенты предпочитают получать, по возможности, все лечение дома<sup>113</sup>. Пребывание в стационаре после проведения операции резко сократилось. Обе эти тенденции привели к тому, что большее число лиц с серьезными заболеваниями получают лечение на дому, что соответственно повысило потребность в людских ресурсах и, в частности, в ресурсах по “неудобному

времени? Поскольку мы здесь имеем дело с потенциально серьезными заболеваниями, такие ресурсы не могут быть обеспечены неформальными поставщиками помощи, даже если бы они имелись и изъявили желание и готовность.

## Профессиональные отношения

Социальные и культурные изменения влияют не только на спрос. Врачи общей практики действуют более оборонительно; они видят повышенный спрос пациентов и неохотно соглашаются на просьбы или требования пациентов о проведении обследований и выписке назначений в качестве более безопасного варианта. В Соединенном Королевстве введение устава пациентов, открытость в отношении процедуры жалоб пациентов и менее авторитарное, властное отношение врачей – все это вместе повлияло достаточно тонким образом на взаимоотношения врача и пациента.

Врачи общей практики видят самих себя как людей, имеющих права; в частности, право на “свободное время” является важным и актуальным на текущий момент в Соединенном Королевстве. Если добавить сюда повышенную криминальную ситуацию на улицах, повышенный спрос на услуги вне часов приема (особенно несрочные) и увеличение числа женщин среди врачей, все это делает концепцию оказания услуг 24 часа в сутки весьма проблематичной. В настоящий момент в Соединенном Королевстве идут большие дебаты по контрактной ответственности врачей общей практики по оказанию услуг 24 часа в сутки. Были приложены всевозможные усилия, чтобы решить эту проблему. В настоящее время в Соединенном Королевстве хорошо развита система замещения услуг общепрактикующих врачей при оказании экстренной помощи, и проводится ряд экспериментов, к которым привлечены центры лечения неотложных состояний, как альтернатива посещениям на дому<sup>120</sup>. В Дании неотложные услуги вне часов приема регулируются отдельно, и достигнуты хорошие результаты по проведению телефонных консультаций, созданию центров неотложного лечения и обслуживанию с посещением на дому. Однако основным в успехе является то, что врачи общей практики сами решают, какой из трех вариантов является наиболее подходящим<sup>121</sup>. Услуги предоставляются опытными врачами общей практики, что в среднем занимает у них один вечер в две недели или одну ночь в месяц. Это решение оказалось приемлемым для врачей общей практики и пациентов, и в тоже время для национальной администрации здравоохранения это сохранило систему, в которой общепрактикующие врачи оставляют за собой ответственность за ее внедрение.

## Экономические сдерживающие факторы

Реформы здравоохранения в Западной Европе руководствовались необходимостью сдерживания растущих затрат на здравоохранение. Максимальные потенциальные возможности связаны с тем, чтобы повысить рентабельность, не ущемляя и не ставя

под угрозу доступ и качество услуг. Правительства имеют тенденцию рассматривать рыночные силы и дерегулирование как способ достижения своих целей, как стратегию, которая стимулирует компетенцию среди поставщиков медуслуг<sup>122</sup>. В Соединенном Королевстве введение экономики рыночного типа в здравоохранении путем практики фондодержания было основным инструментом достижения этих целей. Врачи общей практики теперь отвечают за покупку отдельных услуг от имени своих пациентов<sup>123,124</sup> и в результате становятся “логическими” менеджерами групп/бригад команды первичного звена медицинской помощи. Они укрепили свои позиции в отношениях со специалистами стационаров, но стали все более зависимыми в плане отчетности от Управления службы охраны здоровья семьи (УСЗС) по вопросам бюджета. Некоторые организационно-финансовые меры в рамках контракта врачей общей практики увеличили их нагрузку и сделали оплату труда более связанной с ее эффективностью. Однако поскольку общий объем вознаграждения не увеличился, это фактически означало перераспределение сходного размера фонда средств и привело к ситуации, когда есть победители и есть проигравшие. Это вызвало неудовлетворенность у отдельных врачей, ставящих под сомнение научную обоснованность некоторых профилактических мероприятий, за которые выплачиваются премии и вознаграждения.

Баланс между ролью врачей общей практики в профилактической и лечебной работе смещается в значительной степени в сторону профилактики. С одной стороны, это считается социально желательным, но во многих сферах медицинской помощи это также и экономически эффективно. В контракте врача общей практики в Соединенном Королевстве делается большой акцент на профилактике и, вероятно, что аналогичная тенденция будет иметь место и в других странах. Тем не менее важно, чтобы политика основывалась на доказательной медицине, и программы профилактической помощи оценивались научно до своего внедрения в широком масштабе.

## Последипломная подготовка

Профессиональная подготовка и непрерывное медицинское образование должны принять вызов, являющийся результатом изменений, происходящих в секторе здравоохранения. До сих пор исследования в области первичной медико-санитарной помощи, включающие в себя как заболеваемость, так и предоставление медицинской помощи, проводились преимущественно самими врачами общей практики. Они часто включали в себя определение эффективной, с точки зрения затрат и результатов, медицинской помощи. Некоторые страны имеют давнишние традиции проведения высококачественных исследований самими врачами общей практики, в других странах они только получают развитие. Однако новой движущей силой исследований в области первичной медико-санитарной помощи во всех странах является необходимость финансовой подотчетности и обеспечения качества. Финансирующие организации здравоохранения или административные политические учреждения, представляющие интересы пациентов, хотят видеть помощь и высокоэффективной, и высокого качества.

Исходной точкой для достижения этих целей является высококачественная профессиональная подготовка. В большинстве стран Западной Европы аккредитация, проводимая после специальной программы профессиональной подготовки, является условием для начала работы по специальности. Необходимость аккредитации (аттестации) после конкретной программы обучения является эффективным критерием, определяющим специальность. В то время как общая практика, как специальная отрасль медицины, признана во многих странах, в некоторых из них, например в Швейцарии, существует ненормальная ситуация, заключающаяся в том, что программа обучения по специальности “общая практика” имеется, но начало работы по этой специальности не зависит от аккредитации<sup>125</sup>. Место экзаменов в аккредитационном процессе еще неясно, хотя исторически в медицине официальный экзамен всегда был основой и непреложным условием любого процесса лицензирования (аккредитации). Аккредитация путем проведения официального экзамена во всех странах может иметь значительные последствия<sup>126</sup> – причем далеко не в последнюю очередь – по вопросам, имеющим отношение к международному обмену труда (рабочей силы) в рамках Европейского союза.

Программы непрерывного медицинского образования в равной степени важны для поддержания высоких стандартов. Акцент здесь, вероятно, должен быть поставлен на том, чтобы деятельность гарантировала достижение установленных стандартов. В Нидерландах в общую практику<sup>127</sup> было введено 45 директивно-установочных протоколов, и в целом это было хорошо принято. Однако такая директивная документация для руководства должна создаваться на основе хороших операционных исследований, а они не всегда имеются в наличии во всех странах.

## Падение коммунизма

Реформы здравоохранения в бывших коммунистических странах Восточной Европы являются более радикальными, чем на Западе. Цели реформ сходны во всех странах и описаны, но их достижению мешает, в том числе, скудность ресурсов. В этих условиях реформы представляют большую опасность как для пациентов, так и для врачей, по сравнению с реформами в богатых Западных странах<sup>128</sup>. Неконтролируемое увеличение числа врачей, работающих в первичной медико-санитарной помощи, привлекло избыточное предложение плохо оплачиваемых или не получивших достаточную подготовку врачей, т.е. возникла ситуация, на которую слабые правительства не в состоянии повлиять. Отсутствие контроля находится в резком контрасте с ситуацией в прежние годы и тем самым подрывает процесс реформ, которые очень необходимы для улучшения возможностей предоставления справедливой и высококачественной медицинской помощи.

Системы первичной медико-санитарной помощи в большинстве этих стран не интегрированы, а ведь интеграция является одной из важнейших основ современной высокоэффективной системы здравоохранения<sup>129,130,131</sup>. Однако сомнительно, что

концепция врача общей практики, оказывающего медицинскую помощь пациентам всех возрастных групп, сможет заменить состоящее из трех частей обслуживание детей и матерей (гинекология и акушерство) наряду с другими проблемами взрослого контингента. Интегрированная система требует наличия адекватно подготовленных врачей, но их в настоящее время нет, и потребуются длительное время на их подготовку. Врач, занимающийся решением всех проблем, не заслуживает доверия в обществе, которое привыкло к традиции высокоспециализированной помощи, и понятие врача общей практики – фильтра к услугам специалистов – может быть выражением отрицания свободы, полученной в результате политических изменений.

Из вышесказанного следует, что должна быть создана новая инфраструктура в первичной медико-санитарной помощи, которая бы завоевала подобающее ей место в университетах, медицинских школах и программах обучения, финансируемых и развиваемых для этих целей. Законодательная база, система вознаграждения врачей общей практики и капитальное обеспечение центров первичной медико-санитарной помощи соответствующим оборудованием – все это является условием и предпосылкой становления такой системы первичной медико-санитарной помощи, которая характерна для стран Западной Европы. Восстановление экономики стран Восточной Европы будет способствовать этому процессу. Большинство стран Западной Европы прошли этот путь, и, более того, их помощь в качестве партнеров в развитии могла бы стать одним из важных способов, позволяющих сделать этот процесс менее болезненным.

## Внедрение перемен: важность стратегии

Фондодержание и новый контракт британского врача общей практики были введены без проведения предварительных исследований и при сильной оппозиции со стороны врачей общей практики, в отличие от условий введения системы персональных врачей в Норвегии в 1993 г., когда были начаты эксперименты в четырех городах. Многие элементы, так называемых планов Деккера (Dekker), нацеленных на реформирование системы здравоохранения в Нидерландах, не были внедрены ввиду отсутствия консенсуса, хотя многие изменения все же имели место в ожидании их принятия. Эти примеры показывают, что только желание перемен – даже при том, что их направление известно – недостаточно: внедрение изменений может быть весьма затруднительным, и первой должна быть определена стратегия. Существуют две основных способствующих изменениям силы, одна из которых действует изнутри системы здравоохранения, а другая – извне. Groenewegen<sup>132</sup> различал три типа институциональных изменений, которые можно резюмировать следующим образом: те, что являются следствиями социальных перемен; те, что отражают изменения в отношениях, и те, которые проистекают или “произрастают” из политических решений правительства. Любая стратегия по внедрению перемен может влиять на все три сферы, причем не всегда благотворно. Желаемые изменения в здравоохранении могут быть расстроены преждевременными и неапробированными действиями<sup>132</sup>. Способы

фондодержания, принятые в Соединенном Королевстве, не были приняты в Нидерландах. Стратегии, которые срабатывают в централизованных системах, таких как Британская национальная система здравоохранения, не обязательно будут приемлемы для стран, где власть правительства в системе здравоохранения более ограничена.

Некоторые стратегии перемен могут основываться на эволюционном подходе малых шагов, предпринимаемых в данном направлении, в то время как в других ситуациях может потребоваться революционный подход. Глубокая неудовлетворенность населения и медицинских работников может ускорить необходимость революционного подхода и радикальных действий, хотя более пробный подход с ограниченным числом предварительных исследований был бы более правомерен в большинстве случаев. Радикальные действия без предварительных экспериментов могут привести к разрушающим результатам.

Внедрению перемен противодействуют и другие факторы: в частности, отсутствие сильного и стабильного правительства. Слабое и непрочное правительство не в состоянии внедрить любую долгосрочную программу реформирования здравоохранения. Недавно в Соединенных Штатах президент приступил было к проведению программы реформирования здравоохранения (которая для большинства британских врачей общей практики была бы крайне желательна), но ввиду относительной слабости президента по отношению к Конгрессу, законодательная база программы так и не была принята. В Швеции частые перемены в правительстве привели к непоследовательной программе реформирования здравоохранения<sup>133</sup>. Широкомасштабные реформы требуют сильной и эффективной администрации, имеющей достаточную власть и силу для рискованной конфронтации с сильными группами пациентов или профессионалов<sup>130</sup>.

Другим сдерживающим фактором является низкий уровень развития научной медицины. Если правительство желает внедрить реформы здравоохранения, оно должно убедить как соответствующий электорат, так и профессионалов, в том, что реформы целесообразны и обоснованны. При отсутствии научных доказательств, обосновывающих программу реформирования, она может быть объектом атаки со стороны профессионалов. При наличии профессиональной оппозиции политике правительства ему будет трудно противостоять, за исключением разве что тех обстоятельств, когда оппозиция руководствуется финансовыми интересами самой профессии.

Поэтому по всем этим причинам, предпочтительным является постепенный подход к реформам здравоохранения. Там, где необходимость перемен обоснована и стратегия внедрения определена и апробирована шаг за шагом последовательно и без спешки, там всегда сохраняется возможность совершенствовать и корректировать процесс реформ в соответствии с выводами по предыдущим шагам. При таком подходе более вероятно, что в желательности отдельных перемен будут убеждены как широкая общественность и население, так и медицинские работники.

Альтернативной стратегией является децентрализованный подход к переменам, предполагающий апробирование идей сразу по мере их возникновения. Например, лидерство в развитии системы оказания услуг вне часов приема в Дании принадлежит врачам общей практики в Копенгагене, столкнувшимся с повышенной нагрузкой вне обычных рабочих часов. Организационные меры по решению этой ситуации в Копенгагене были введены частями; их введение нашли эффективным и затем этот опыт был внедрен в других местностях. Решение, касающееся необходимости перемен, разработки приемлемой методики перемен и стратегии внедрения, принимались на местном уровне, тогда как вся эта программа, возможно, не была бы сочтена приемлемой представителями самой профессии, если бы она не была введена экспериментально на национальном уровне. В странах Восточной Европы существует возможность экспериментирования с различными типами медицинской помощи, и для всех них требуется проведение обучения врачей общей практики, и сама подготовка может быть объектом эксперимента.

## Заключение

В этой главе мы рассмотрели процессы, имеющие отношение к будущему общей практики в Европе. Изменения являются частью процесса совершенствования и должны рассматриваться и как желаемые, и как неизбежные. Направленные на преобразования и перемены силы сами изменяются со временем, и в настоящее время контроль затрат и управление качеством являются важнейшими задачами в Западной Европе, в то время как в Восточной Европе, наиболее важны цели предоставления выбора пациентам и создания базовой первичной медико-санитарной помощи для населения. Какими бы ни были движущие силы, внедрение перемен требует наличия стратегии. Наиболее подходящая стратегия должна быть определена с учетом особенностей и своеобразия каждой страны. Стабильность правительства и наличие национальных ресурсов являются ключевыми факторами в институциональном отношении; надлежащая подготовка работников первичной медико-санитарной помощи и обеспечение доброй воли и благожелательного отношения являются основополагающими условиями для внедрения; и наконец, чувство справедливости при осуществлении перемен в обществе – все это в общем имеет весьма важное значение для людей. Все эти три элемента, взятые в целом, должны рассматриваться и учитываться при разработке политики перемен и преобразований.

Общая тенденция в здравоохранении – в сторону предпочтения общей практики в первичной медико-санитарной помощи. Развитие общей практики в таких странах, как Нидерланды, Дания и Соединенное Королевство, произошло не без противостояния со стороны оппозиции, причем часто – со стороны самих врачей. Тем не менее, основополагающим является то, что стимулировались хорошо организованная профессия и хорошо обученные профессиональные работники, специалисты своего дела. Их позиции поддерживались путем разработки и внедрения защищающего их интересы регулирования. Система здравоохранения, основанная на

первичной медико-санитарной помощи, является более эффективной там, где врач (или практика) заботится о своем контингенте пациентов и контролирует доступ ко вторичной помощи. Ясно, что такая модель не может быть вечной, но, учитывая оказываемое давление и особенности организации в условиях Европы, она кажется наиболее подходящей в условиях наступающего нового тысячелетия.

---

# Библиография

1. Stiller, C.A. Centralisation of treatment and survival rates for cancer. *Arch. Dis. Child*, 1988; **63**: 23–30.
2. Sainsbury, R. et al. Influence of clinician workload and patterns of treatment on survival from breast cancer. *Lancet*, 1993; **345**: 1265–1270.
3. Royal College of General Practitioners. The future general practitioner – learning and teaching. *Brit. Med. J.* 1972; 266.
4. *UEMO Consensus Conference on Specific Training for General Practice*. European Union of General Practitioners, 1994 (UEMO 94/087).
5. WHO-WONCA. *Making Medical Practice and Education More Relevant to People's Needs: The Contribution of the Family Doctor*. WHO-WONCA Conference in Ontario, Canada WHO-WONCA, 1994.
6. Flexner, A. *The Flexner Report on Medical Education in the United States and Canada*, 1910. Reprinted by Science and Health Publications 1960.
7. Stimmel, B. The crisis in primary care and the role of medical schools – defining the issues. *JAMA*, 1992; **268**: 2060–2065.
8. World Health Organization. *Alma-Ata 1978. Primary Health Care. Report of the International Conference on Primary Health Care*. Geneva: WHO, 1978 (“Health For All” series 1).
9. WONCA. *The role of the general practitioner/family physician in health care systems*. A statement from the World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians. Victoria: WONCA, 1991.
10. Starfield, B. Is primary care essential? *Lancet*, 1994; **344**: 1129–1133.
11. Pereira Gray, D.J. The key to personal care. *J. R. Coll. Gen. Pract.* 1979; **29**: 666–678.
12. McWhinney, I.R. *A Textbook of Family Medicine*. New York: Oxford University Press, 1989.
13. LHV [Dutch National Association of General Practitioners]. *Basic Job Description for the General Practitioner*. Utrecht: LHV, 1993.
14. World Health Organization. *Health For All Targets: The Health Policy for Europe*. Updated edition September 1991. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1993.
15. Notzon, F.C. et al. Comparisons of national caesarean section rates. *The New England Journal of Medicine*, 1987; **316**: 387.
16. McPherson, K. et al. Regional variations in the use of common surgical procedures: within and between England and Wales, Canada and the United States of America. *Social Science and Medicine*, 1981; **15A**: 273–288.
17. Fleming, D.M. *The European Study of Referrals From Primary to Secondary Care*. PhD Thesis. University of Limburg, Maastricht. Thesis Publishers: Amsterdam 1993.
18. Evans, R.G. *Strained Mercy: The Economics of Canadian Health Care*. Toronto: Butterworth, 1984.
19. RCGP /OPCS/DH. *Morbidity statistics from general practice: Fourth National Study 1991–1992*. Eds: A. McCormick, et al. Series MB5 no.3. London: HMSO, 1995.

20. Velden, J. van der et al. *Dutch National Survey of General Practice. Morbidity in General Practice*. Utrecht: NIVEL, 1992.
21. Groenewegen, P.P. et al. *Remunerating General Practitioners in Western Europe*. Aldershot: Avebury, 1991.
22. Schach, E. et al. EVaS-Studie. Eine Erhebung über die ambulante Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Daten und Analysen einer bundesweiten Studie des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung, Wissenschaftliche Reihe, Band 39. 1. Cologne: Deutscher Ärzte Verlag, 1989.
23. Office of Health Economics. *Compendium of Health Statistics*, 8th edition. London: OHE, 1992.
24. Salisbury, D.M. Immunization update. *Community Health. Maternal and Child Health* 1993; 302–307.
25. Austoker, J. Screening and self examination for breast cancer. *Brit. Med. J.* 1994; **309**: 168–174.
26. Austoker J. Screening for cervical cancer. *Brit. Med. J.* 1994; **309**: 241–247.
27. Wilson, J.M.G. and Jungner, G. *The Principles and Practice of Screening for Disease*. Geneva: World Health Organization, 1968 (Public Health Papers 34).
28. Evidence-based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* 1992; **268**: 2420–2425.
29. WHO Expert Committee. *Cancer Pain Relief and Palliative Care*. Technical Report Series 804. Geneva: World Health Organization, 1990.
30. Sprij, B. et al. *De managementtaak van de huisarts*. [The management task of the GP]. Noordwijk: Zilveren Kruis Verzekeringen.
31. Es, J.C. van. *Patient en huisarts: een leerboek huisartsgeneeskunde* [Patient and GP: A Textbook of Family Medicine]. Utrecht/ Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema, 1984.
32. Loof, de J. and Heyrman, J. The denominator problem. *Allgemeinmedizin International*; 1979; **3**: 130–133.
33. Crombie, D.L. and Fleming, D.M. *Practice Activity Analysis*. Occasional Paper 41. London: Royal College of General Practitioners, 1988.
34. Seaton, A. Diagnosing and managing occupational disease. Editorial. *Brit. Med. J.* 1995; **310**: 1282.
35. Casteren, V. van and Leurquin, P. Eurosentinel: development of an international sentinel network of general practitioners. *Meth. Inform. Med.* 1992; **31**: 147–152.
36. Fleming, D.M. and Cohen, J.M. Experience of European collaboration in influenza surveillance in the winter of 1993/94. *Journal of Public Health Medicine* 1996; **23**: 100–104.
37. Fleming, D.M. et al. An examination of practice referral rates in relation to practice structure, patient demography and case-mix. *Health Trends* 1991; **23**: 100–104.
38. Grol, R. et al. Attitudes to risk taking in medical decision making among British Dutch and Belgian general practitioners. *Brit. J. Gen. Pract.* 1990; **40**: 134–136.
39. Wijkkel, D. Lower referral rates for integrated health centres in the Netherlands. *Health Policy* 1986; **2**: 185–198.
40. Crombie, D.L. and Fleming, D.M. General practitioner referrals to hospital: the financial implications of variability. *Health Trends* 1988; **20**: 53–56.
41. Meulenberg, F. et al. *NHG-Standards: Five Examples of Guidelines for General Practice*. Utrecht: NHG, 1993.

42. Last, J.M. and Adelaide, M.B. The iceberg “completing the clinical picture” in general practice. *Lancet* 1963; 28–31.
43. Fry, J. The place of general practice. *Int. Journal of Health Services*, 1972; **2**: 165–169.
44. Boerma, W.G.W. et al. *Health care and general practice across Europe*. Utrecht: NIVEL/NHG, 1993.
45. Pereira Gray, D.J. The emergence of the discipline of general practice, its literature, and the contribution of the College Journal. *J. R. Col. Gen. Pract.* 1989; **39**: 228–233.
46. Buma, J. T., et al. *Ruisartsgeneeskunde voor en na 1984* [General practice before and after 1984]. Nijmegen: Universitair Huisartsen Instituut, 1984.
47. Livingstone, A. and Widgery, D. The new general practice: the changing philosophies of primary care. *Brit. Med. J.* 1990; **301**: 708–710.
48. Boerma, W.G. W. Local housing scheme and political preference as conditions for the results of a health centre stimulating policy in the Netherlands. *Health Policy*, 1989; **13**: 225–237.
49. Marsh, G.N. *Efficient Care in General Practice, or: How to Look After Even More Patients*. Oxford: Oxford University Press, 1991.
50. Boerma, W.G.W. and Groenewegen, P.P. Werkgebieden in gezondheidscentra vergeleken [A comparison of working areas in health centres]. *Eerstelijnszorg mei*, 1985; 1–17.
51. Crombie, D.L. Group dynamics and the domiciliary health team. *J. R. Col. Gen. Pract.* 1970; **19**: 66–78.
52. Grol, R. (ed). *To Heal or to Harm. The Prevention of Somatic Fixation in General Practice*. London: Royal College of General Practitioners, 1988.
53. Tarrant, M. What price admitting privileges? A study of hospital admission by two family physicians. *Can. Fam. Phys.*, 1977, 23, 59–68.
54. Schattner, P. and Dunt, G.P. Involvement in non-procedural medicine in public hospitals in Melbourne, Australia. *Family Practice* 1989; **6**: 141–145.
55. Essex, B. and Bute, J. Audit in general practice by a receptionist: a feasibility study. *Brit. Med. J.* 1991; **302**: 573–576.
56. Commissie Praktijkvoering NHG. *De uitrusting van de praktijk*. [The equipment of the practice]. Utrecht: NHG, 1989.
57. Middelkoop, B.J.C. et al. Rotterdam general practitioners report (ROHAPRO): a computerized network of general practices in Rotterdam, The Netherlands. *J. Epidemiol. Comm. Health*, 1995; **49**: 231–233.
58. Pringle, M. Using computers to take patient histories. Editorial. *Brit. Med. J.* 1988; **297**: 696–698.
59. Council of the European Union. Common position (EC) No.95 adopted by the Council on 20 February 1995 with a view to adopting directive 94/EC of the European Parliament and of the Council on the protection of individuals with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data. Brussels: Council of the European Union 1995 (12003/1/94).
60. Joseph, A.E. and Phillips, D. *Accessibility and Utilisation: Geographical Perspectives on Health Care Delivery*. New York: Harper and Row, 1984.
61. Groenewegen, P.P. *Locatiekeuze en huisartsendichtheid: een verklaring van regionale verschillen en verandering* [Location choice and G.P. density: an explanation of regional differences and change]. Thesis. Utrecht: NIVEL, 1985.
62. Crombie, D.L. The case against home visits. *Update*, 1976; 972–974.

63. Knox, J.D.E. *On Call: Out-of-hours Telephone Calls and Home Visits*. Oxford: Oxford Medical Publications, 1989.
64. Fleming, D.M. Workload review. *J. R. Col. Gen. Pract.* 1982; **32**: 292–297.
65. D’Urso, P. and Hobbs, F.D.R. Aggression and the general practitioner. *Brit. Med. J.* 1989; **298**: 97–98.
66. Hobbs, F.D.R. Violence in general practice: a survey of general practitioners’ views. *Brit. Med. J.* 1991; **302**: 329–332.
67. Luijten, M.C.G. and Tjadens, F.L.J. *Huisartsen in achterstandswijken: de werklast in achterstandswijken in de drie grote steden onderzocht* [GPs in disadvantaged quarters: the workload in disadvantaged quarters of the three biggest cities investigated]. Leiden: Research voor Beleid, 1995.
68. Querido, J.D. *In een stadspraktijk* [In a city practice]. Utrecht: Bunge, 1988.
69. Marklund, B. and Bengtson, C. Medical advice by telephone at Swedish health centres: who calls and what are the problems. *Family Practice*, 1989; **6**: 42–46.
70. Meijboom, W.A. *Verslaglegging van huisartsgeneeskundig handelen* [Keeping records of activities in general practice]. Thesis. Nijmegen: 1991.
71. Weed, L.L. *Medical Records, Medical Education and Patient Care: The Problem Oriented Record as a Basic Tool*. Chicago: Yearbook Medicine Publishers, 1970.
72. Schellevis, F. Dokumentation in der Allgemeinpraxis. [Record-keeping in general practice] *Der Praktische Arzt*, 1983; **29**: 2334–2340.
73. Crombie, D.L. A career structure for general practitioners. *Lancet* 1965; 368–370.
74. Watkins, C.J. *The measurement of the quality of general practitioner care*. Occasional Paper 15. London: Royal College of General Practitioners, 1981.
75. Pendelton, D. et al. *In Pursuit of Quality Approaches to Performance Review in General Practice*. London: Royal College of General Practitioners, 1986.
76. Grol, R, et al. Development and implementation of guidelines for family practice; Lessons from the Netherlands. *Journal of Family Practice* 1995; **40**: 435–439.
77. Roland, M. Getting research into practice. Editorial. *J. Epidemiol. Comm. Health* 1995; **49**: 225–226.
78. COMAC-HSR in collaboration with European General Practice Research Workshop. *The Interface Study* (eds). D.L. Crombie, et al. Occasional Paper 48. London: Royal College of General Practitioners, 1990.
79. Lamberts, H. and Wood, M. (eds). *ICPC International Classification of Primary Care*. Oxford; Oxford University Press, 1987.
80. Crombie, D.L. Immunization procedures in Europe. *Health Trends* 1983; **15**: 86–90.
81. Montaigne, M.E. de. On the education of boys. Book 1. In: *The Essays of Montaigne*. New York: Oxford University Press, 1927.
82. Thomson, D.M. General practice and the Edinburgh Medical School; 200 years of teaching care and research. *J. R. Col. Gen. Pract.* 1984; **34**: 9–12.
83. Leeuwenhorst Working Party. *The General Practitioner in Europe*. A statement by the working party appointed by the second European Conference on the Teaching of General Practice. Leeuwenhorst, Netherlands, 1974.
84. White, K.L. *The task of medicine: a dialogue at Wickenburg*. Menlo Park, California; The Henry J. Kaizer Family Foundation, 1988.

85. GPEP report: *Physicians for the Twenty-first Century*. The Panel on the General Professional Education of the Physician and College Preparation for Medicine. Washington D.C.; Association of American Medical Colleges, 1984.
86. General Medical Council. *Recommendations on Undergraduate Medical Education*. Issued by the Education Committee of the GMC in pursuance of section 5 of the Medical Act 1983.
87. Bass, M. et al. Predictors of outcome in headache patients presenting to family physicians – a one year prospective study. *Headache J.* 1986; **6**: 285–294.
88. Balint, M. *The doctor, his patient and the illness*. London: Pitman Medical Publications, 1964.
89. Szasz, T.S. and Hollender, M.C.A. Contribution to the philosophy of medicine. *Arch. Int. Med.* 1956; **97**: 585–592.
90. Goodwin, J. The competence of clinical skills. Editorial. *Brit. Med. J.* 1995; **310**: 1281–1282.
91. Branthwaite, A. et al. *Continuing education for general practitioners*. Occasional Paper 39. London: Royal College of General Practitioners, 1988.
92. Sheldon, M. et al. (eds). *Decision-making in General Practice*. New York: Stockton Press, 1985.
93. Rashid, A. et al. Careers in academic general practice: problems, constraints and opportunities. *Brit. Med. J.*, 1994; **309**: 1270–1272.
94. Grof, R. et al. *Quality assurance in general practice: the state of the art in Europe*. Utrecht: NHG, 1993.
95. Donabedian, A. Evaluating the quality of medical care. *Millbank Memorial Fund Quarterly* 44, 1966; **3**: 166–206.
96. Rethans, J.J. et al. Does competence of general practitioners predict their performance? Comparison between examination setting and actual practice. *Brit. Med. J.* 1991; **303**: 1377–1380.
97. Brook, R.H. and Appel, F. Quality of care assessments; choosing a method for peer review. *New England Journal of Medicine* 1973; **288**: 1323–1329.
98. Rutten, G.E.H.M. and Thomas, S. *NHG Standaarden voor de huisarts* [Dutch College of GPs Guidelines for the General Practitioner]. Utrecht: Bunge, 1993.
99. Hutchinson, A. The role of patient satisfaction assessment in medical audit. *Scand. J. Prim. Health Care*, 1993; Supplement 1: 19–22.
100. Reinhardt, U.E. The compensation of physicians: approaches used in foreign countries. *QRB* 1985; 366–377.
101. Ven, W.P.M.M. van der and Vliet, R.C.J.A. Effects of cost sharing in health care. *Effective Healthcare*, 1983; **1**: 47–58.
102. Wedig, G.J. Health status and the demand for health: results on price elasticities. *Journal of Health Economics* 1988; **2**: 199–202.
103. Flierman, H.A. *Changing the payment system of general practitioners*. Utrecht: NIVEL, 1991.
104. Gabel, J.R. and Rice, T.H. Reducing public expenditures for physician services: the price of paying less. *Journal of Health, Policy and Law* 9, 1985; **4**: 595–609.
105. Sandier, S. Health services utilisation and physician income trends. *Healthcare Finance Rev.* 1989; Annual Suppl. 33–48.
106. Delnoij, D.M.J. *Physicians' payment system and cost control*. Thesis. Utrecht: NIVEL, 1994.

107. Spurgeon, P. and Barwell, F. Effective manpower planning in health care. *In: Human Resources in Healthcare: proceedings of the fifth symposium Health and Economics 16–17 November 1989*; 57–77.
108. Baker, M. et al. GPs in principle but not in practice: a study of vocationally trained doctors not currently working as principals. *Brit. Med. J.* 1995; **310**: 1301–1304.
109. Deliège, D. Assessment, prevention and ‘treatment’ of oversupply of medical manpower. *In: Human Resources in Healthcare: proceedings of the fifth symposium Health and Economics 16–17 November 1989*; 1–57.
110. Wulf, G. de. *Limits to forecasting: Towards a theory of forecast errors*. Amsterdam: Thesis Publishers, 1991.
111. Hingstman, L. and Pool, J. *Behoeftering huisartsen 1992*. [Estimate of GP manpower requirements for 1992]. Utrecht: NIVEL, 1992.
112. Martin, E. Medical manpower planning: Factors influencing workload in general practice. *J. R. Col. Gen. Pract.*, 1987; **305**: 530–531.
113. Stuurgroep Toekomstscenario’s Gezondheidszorg (STG). *Primary care and home care scenarios 1990–2005*. Dordrecht: Kluwer, 1993.
114. Butler, J.R. *How many patients?* Occasional papers in social administration No. 64. London: Bedford Square Press, 1980.
115. Commissie Modernizing Curatieve Zorg (CMCZ). *Curatieve zorg in Nederland: feiten, ontwikkelingen, knelpunten* [Curative care in the Netherlands: facts, developments, obstacles]. Background study to the report *Gedeelde zorg: betere zorg* [Shared care: better care] Rijswijk: VWS, 1994.
116. Boerma, W.G.W. et al. European GP task profile study. Service profiles of general practitioners in Europe. *Brit. J. Gen. Pract.*, 1997; **47**: 481–486.
117. Boerma, W.G.W. *Backgrounds of the European study of GP task profiles: methods, instruments and analysis of response*. Utrecht: NIVEL, 1996 (in preparation).
118. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). *Ageing populations: the social policy implications*. Paris: OECD, 1988.
119. Anell, A. Implementing planned markets in health services: the Swedish case. *In: Saltman, R.B. and Otter, C. von. Implementing Planned Markets in Health Care; Balancing Social and Economic Responsibilities*. Buckingham: Open University Press, 1995.
120. Cragg, D. et al. Out-of-hours primary care centres: characteristics of those attending and declining to attend. *Brit. Med. J.*, 1994; **309**: 1627–1629.
121. Olesen, F. and Jolleys, J.V. Out-of-hours service: the Danish solution examined. *Brit. Med. J.*, 1994; **309**: 1624–1626.
122. Saltman, R.B. A conceptual overview of recent health care reforms. *J. Public Health*, 1994; **4**: 287–293.
123. Glennerster, H. and Le Grand, J. The development of quasi-markets in welfare provision in the United Kingdom. *International J. Health Services* 1995; **25**: 203–218.
124. Calnan, M. and Williams, S. Challenges to professional autonomy in the United Kingdom? The perceptions of general practitioners. *International J. Health Services* 1995; **25**: 219–241.
125. Seifert, H. General practice in Switzerland. *In: Kennedy, T.E. European Union of General Practitioners Reference Book 1995/96*. London: Kensington Publications, 1995.

126. Hilton, S. Reaccreditation for general practice. *Brit. Med. J.*, 1993; **308**: 315–316.
127. Grol, et al. Development and implementation of guidelines for Family Practice: Lessons from the Netherlands. Editorial. *Family Practice* 1995; **40**: 435–439.
128. Millard, F. Developments in Polish Health Care. In: Ringen, S. Wallace, C. (eds). *Societies in transition: East-Central Europe Today*. Aldershot, Avebury, 1994.
129. McKee, M. et al. Health Sector Reform in the Czech Republic, Hungary and Romania. *Croatian Med.*, 1994; **35**: 238–244.
130. Vienonen, M.A. and Wlodarczyk, W.C. Health care reforms on the European scene: evolution, revolution or seesaw? *World Health Statistics Quarterly*, 1993; **46**: 166–169.
131. Marrée, J. and Groenewegen, P.P. *Back to Bismarck: Eastern European Health Care Systems in Transition*. Aldershot: Avebury, 1997.
132. Groenewegen, P.P. The shadow of the future: institutional change in health care. *Health Affairs*, 1994; **13**: 137–148.
133. Fabian, C. Family medicine/ general practice in Sweden. In: Kennedy, T.E. *European Union of General Practitioners Reference Book 1995/96*. London: Kensington Publications, 1995.

---

# Приложение 1

EUR/ICP/DLVR 040101

*СТРУКТУРА  
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО  
И  
АДМИНИСТРАТИВНОГО  
РАЗВИТИЯ  
ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ/  
СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ  
В ЕВРОПЕ*



Всемирная организация здравоохранения  
Европейское региональное бюро

## **ЦЕЛЬ 28**

### **ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ**

*К 2000 году, первичная медико-санитарная помощь во всех государствах-членах должна отвечать базовым потребностям населения, путем обеспечения широкого спектра укрепляющих здоровье, лечебных, реабилитационных и поддерживающих услуг, а также путем активного поддержания деятельности отдельных лиц, семей и групп самопомощи.*

### **РЕЗЮМЕ**

Этот документ представляет собой специфическую характеристику общей практики как специальности и условия ее развития. Он обеспечивает информацию для профессионалов и лиц, принимающих решения на всех уровнях системы здравоохранения, на основе чего наиболее подходящая модель может быть отобрана.

## О документе

В последние годы, многие страны в Европе начали реформы своих систем здравоохранения, как составной части широких политических изменений или специфических политик по улучшению медицинских услуг. В нескольких странах реформа первичной медико-санитарной помощи была одной из черт этого движения, зачастую ведущая к реорганизации существующих систем общей практики или введению ее там, где она раньше не существовала. Европейское региональное бюро ВОЗ, убежденное в потенциальном вкладе общей практики в здоровье для всех, путем предоставления широкого спектра интегрированных функций медицинской помощи, включающих укрепление здоровья, профилактику заболеваний, лечебную, реабилитационную и поддерживающую помощь, издало в августе 1995 г. дискуссионный документ под названием *Устав общей практики/семейной медицины в Европе – рабочий проект*.

Этот документ был издан в результате длительного подготовительного процесса, в ходе которого Региональное бюро провело ряд международных встреч на такие темы, как роль врачей общей практики в программе вмешательств (Программа СИНДИ) по интегрированному ведению неинфекционных заболеваний (Хейдельберг, 1–13 апреля 1991 г.); роль семейных врачей/врачей общей практики в достижении здоровья для всех (Перуджа, Италия, 22–25 мая 1991 г.); оценка потребностей на местном уровне и ее последствия для обеспечения медицинской помощью (Иерусалим, 27–30 октября, 1991 г.); развитие общей практики в странах Центральной и Восточной Европы (Бенесов, Чехословакия, 22–25 апреля, 1992 г.); роль учреждений общей практики в профилактике и ведении вреда в результате потребления алкоголя (Вена, 19–22 октября, 1992 г.) и реформы в семейной медицине или общей практике в странах Центральной и Восточной Европы (Синайя, Румыния, 25–28 октября, 1993 г.), а также была проведена первая встреча сети экспертов по стратегиям развития семейной практики (Любляна, 26–28 января 1995 г.).

Консультация по формулированию устава общей практики в Европе, имела место в Утрехте, 20–21 марта 1992 г., во время которой были исследованы практические вопросы поддержки и укрепления развития общей практики по оказанию первичной медико-санитарной помощи. В конечном итоге, рабочая группа по формулированию устава общей практики в Европе встретила в Утрехте, Нидерландах, 9–11 июня 1994 г. с целью формулирования первой версии устава.

Дискуссионный документ был послан большому числу международных и национальных ассоциаций, профессиональных организаций врачей и врачей общей практики в Европе, с запросом их комментариев, поправок, взглядов и предложений по совершенствованию документа. Несколько ответов было получено, в большинстве выражающих поддержку текста, но в некоторых случаях критикующих предлагаемый проект. В течение этого периода, документ также обсуждался ассоциациями, профессиональными организациями врачей и врачей общей практики, а также

организаций, представляющих медсестер в ходе ряда встреч, организованных Региональным бюро. Цель этого неформального консультационного процесса была направлена на определение основополагающих черт, применимых повсеместно, а также на выработку предложений по улучшению. Обратная связь этого длительного консультационного процесса обсуждалась во время встречи по пересмотру проекта устава (Копенгаген, 6–7 февраля 1998 г.). Участниками встречи были представители четырех центров ВОЗ по сотрудничеству в области первичной медико-санитарной помощи, ряд экспертов, а также представители международных ассоциаций и организаций врачей и врачей общей практики, которые внесли свой вклад в дебаты.

Два вопроса были подняты во время консультационного периода. Первый был связан с названием документа. Когда исходное название было предложено как *Устав по общей практике/семейной медицине в Европе*, то ожидалось провести конференцию государств - членов Европейского региона ВОЗ по ратификации документа согласно процедуры, которая обычно применяется ВОЗ при принятии устава. Во время этого периода планы по специальной конференции были заменены решением проведения Конференции ВОЗ по Европейским реформам систем здравоохранения (Любляна, 17–19 июня, 1996 г.), где имели место общие дебаты по реформам здравоохранения. Как следствие этого, название документа было изменено - *Структура профессионального и административного развития общей практики/семейной медицины в Европе*. Это было необходимо для того, чтобы сделать акцент на том, что документ адресован медицинским работникам и лицам, принимающим решения на всех уровнях системы здравоохранения. Вторым вопросом, связанным с необходимостью выяснения вопросов, имеющих отношение к общей практике, а не к роли и вкладу других медицинских специальностей и медицинских профессий в первичной медико-санитарной помощи.

В течение этого же периода Региональное бюро оказало также поддержку проведению европейского исследования профилей задач врачей общей практики, которое собрало много информации по предмету организации общих практик в Европе и обязанностям врачей общей практики.

## Долги перед общепрактикующими врачами прошлого

Невозможно было бы подготовить эту структуру профессионального и административного развития общей практики/семейной медицины в Европе без приверженности и работы многих неизвестных общепрактикующих медиков во всех странах, кто разработал техническую, этическую и культурную основу медицинской помощи в Европе. Она является частью нашего основополагающего европейского наследия и краеугольным камнем будущего развития этой сферы.

Их работа и опыт, которые начинают приносить свой полный технический, научный и образовательный потенциал, рассматриваются нами как заполнение пробела между

человеческими правами и нуждами, с одной стороны, и техническим применением науки в области здоровья, с другой стороны.

## Цель документа

Необходимость ориентации систем здравоохранения по направлению к первичной медико-санитарной помощи должна быть подтверждена. В то время как организация и функции первичной медико-санитарной помощи различаются в разных странах ввиду исторического развития и различия социальных, экономических и культурных обстоятельств, услуги, предоставляемые врачами общей практики, составляют основополагающий элемент первичной медико-санитарной помощи. Независимо от того, работают они в индивидуальных практиках или в партнерстве с другими врачами общей практики, самостоятельно или как часть команды медицинских профессионалов; в качестве основного поставщика медицинской помощи первого контакта или одного из нескольких специалистов, к кому население имеет прямой доступ, их роль в обеспечении интегрированного укрепления здоровья, профилактики заболеваний, лечебной, реабилитационной и поддерживающей помощи, признается во многих странах.

Без игнорирования вклада других медицинских специальностей и профессий, широко признается, что общая практика располагает потенциалом, чтобы предложить:

- доступные и приемлемые услуги для пациентов;
- справедливое распределение ресурсов здравоохранения;
- интегрированное и координированное предоставление комплексных лечебных, реабилитационных, паллиативных и профилактических услуг и укрепления здоровья;
- рациональное использование технологий и лекарств вторичным уровнем оказания медицинской помощи;
- рентабельность.

Общая практика может внести вклад в эффективные и низкочатратные услуги первичной медико-санитарной помощи высокого качества, что позволит позитивно повлиять как на нагрузку, так и на качество специализированной и госпитальной помощи.

Цель этого документа объяснить и укрепить основополагающую роль общей практики, как специальности и врачей общей практики, как специалистов в их вкладе в улучшение здоровья отдельных лиц и групп населения. В этом документе, принимая во внимание различия в способе использования и интерпретации терминов в разных странах, термин “врач общей практики” и “семейный врач” имеют отношение к практикующему медику, прошедшему последипломную подготовку по общей практике

или семейной медицине, аналогично другим специалистам. Соответственно термины “общая практика” и “семейная медицина”, а также термины “врач общей практики” и “семейный врач” используются как эквиваленты.

Документ был разработан с признанием разнообразия систем, оперирующих в настоящее время, и проблем, с которыми сталкиваются разные европейские страны. Дизайн документа был подготовлен таким образом, чтобы быть применимым в равной степени к странам, которые находятся на ранних стадиях внедрения программ подготовки первого поколения семейных врачей, так и к странам с хорошо развитыми системами общей практики, но которые могут быть укреплены. Признается, что общая практика может быть развита и организована различными способами, в зависимости от обстоятельств, ресурсов и традиций каждой отдельной страны. Кроме того, она обеспечивает информацию для структуры развития, на основе которой наиболее подходящая модель может быть отобрана.

Документ адресован всем сторонам, вовлеченным в здравоохранение: лицам, принимающим решения на различных уровнях, ответственных за распределение ресурсов, менеджерам, академическим учреждениям, различным организациям семейных врачей, медицинским работникам, пациентам и их представителям. Успешное развитие общей практики требует не просто желания, но и чистосердечного обязательства всех этих лиц и организаций. Такое обязательство должно быть долгосрочным и должно комбинироваться с желанием реагировать на возникающие проблемы гибко и положительно. Законодательство, регулирование, рекомендации и руководства должны быть разработаны. Должны быть внедрены финансовые, страховые схемы и системы оплаты, поддерживающие развитие общей практики. Программы исследований, развития качества, профессиональной подготовки и непрерывного медицинского образования должны быть разработаны и адаптированы; семейные врачи должны быть подготовлены и переподготовлены.

## Характеристики общей практики

Общая практика может процветать в различных системах здравоохранения. Несмотря на различия способов планирования, организации и управления, определенные характеристики общей практики характерны для всех стран. Хотя некоторые из этих характеристик также применимы к другим специальностям, они рассматриваются как имеющие непосредственное отношение к общей практике и описаны ниже:

### 1. Общее

Общая практика направлена на решение проблем здоровья всего населения; она не исключает определенные категории населения ввиду возраста, пола, социального класса, расы или религии, или любой категории жалоб, связанных с проблемами здоровья. Она должна быть легкодоступной с минимальной задержкой; доступ не должен ограничиваться географическими, культурными, административными или финансовыми барьерами.

## **2. Непрерывность**

Общая практика преимущественно ориентирована на больного, а не на болезнь. Она основывается на далеко идущих персональных взаимоотношениях между врачом и пациентом, охватывающих многолетнюю медицинскую помощь в течение большого периода жизни, и не ограничивается отдельным эпизодом заболевания.

## **3. Комплексность**

С физических, психологических и социальных перспектив общая практика обеспечивает интегрированное укрепление здоровья, профилактику заболеваний, лечебную, реабилитационную и поддерживающую помощь отдельным лицам. Она имеет дело с состояниями и заболеваниями, и в клиническом принятии решений интегрирует гуманистические и этические аспекты взаимоотношений врача-пациента.

## **4. Координация**

Общая практика может иметь дело со многими проблемами здоровья, предъявляемыми отдельными лицами во время их первого контакта с семейным врачом, но при необходимости врач должен гарантировать соответствующее и своевременное направление пациента к специалисту. В этих случаях семейные врачи должны информировать пациента об услугах, имеющихся в наличии, и о том, как наилучшим образом их использовать, т.е. он должен играть роль координатора по рекомендациям и оказанию поддержки пациентам. По отношению к другим поставщикам социальной и медицинской помощи, они должны выступать в качестве менеджеров медицинской помощи, предоставляя советы пациентам по вопросам здоровья.

## **5. Сотрудничество**

Семейные врачи должны быть подготовлены работать с другими поставщиками, делегируя при необходимости им заботу о своих пациентах, с соответствующим уважением к компетенции других дисциплин. Они могут внести вклад и активно участвовать в хорошо функционирующей междисциплинарной команде и должны быть готовы руководить ею.

## **6. Ориентированность на семью**

Общая практика обращается к проблемам отдельных лиц в контексте их семейных обстоятельств, социальной и культурной сети, а также условий, в которых они живут и работают.

## **7. Ориентированность на общественность**

Проблемы пациента должны рассматриваться в контексте его/ее жизни в сообществе. Семейный врач должен осознавать нужды здоровья населения в данном сообществе и должен сотрудничать с другими профессионалами и агентствами других секторов, а также группами самопомощи, чтобы инициировать положительные изменения местных проблем со здоровьем.

## Условия развития общей практики

Условия, необходимые для врачей общей практики, чтобы обеспечить высококачественные услуги, могут быть специфически определены по уровням. Некоторые связаны со структурой системы здравоохранения, другие с ее организацией на местном уровне. Некоторые легко реализовать на ранних стадиях по сравнению с другими. Аспекты, специфичные для общей практики, рассмотрены ниже, под заголовками: структурные условия, улучшение организации и профессиональное развитие.

### **I. Структурные условия**

#### *1. Население*

Предоставление персональной, комплексной и непрерывной медицинской помощи поощряется непрерывными взаимоотношениями между семейным врачом и пациентом, основанными на взаимном доверии и соглашении между пациентом и врачом. Такие взаимоотношения и непрерывность медицинской помощи во времени облегчены, когда семейный врач наблюдает за четко определенной группой населения, например, зарегистрированной в системе персонального или семейного списка. То, что врач наблюдает за определенной семьей, не противоречит праву пациента в выборе врача или праву смены врача.

#### *2. Обслуживание населения в целом*

Семейные врачи должны быть обучены иметь дело с проблемами здоровья всех групп населения, включая детей, мужчин, женщин и пожилых, без различия. Обеспечение интегрированной помощи населению усиливается, когда услуги не фрагментированы среди различных специалистов и учреждений, оказывающих услуги определенным группам населения.

#### *3. Рабочая обстановка*

Общая практика основана на сообществе, приближенном к пациентам, и легкой доступности. Когда обслуживаются большие группы населения, то увеличивается и число поставщиков медицинской помощи, в этих случаях должны быть предприняты меры предосторожности, чтобы избежать ограничения доступности и угрозы оказанию медицинской помощи персонального характера. Администраторы, органы управления здравоохранением и врачи должны найти баланс между потребностью в эффективности и требованиями, предъявляемыми к семейной практике.

#### *4. Система направлений*

Координирующая роль семейных врачей лучшим образом выполняется, когда обучение дает им необходимые знания и навыки по ведению большинства случаев, с которыми им приходится сталкиваться, и направлять по необходимости к другим поставщикам медицинских услуг, как в рамках первичной медико-санитарной помощи,

так и на вторичный специализированный уровень или в стационар. Эффективное использование услуг вторичной помощи лучшим образом достигается тогда, когда направляются только случаи, подлежащие лечению на данном уровне. Успешное внедрение системы направлений требует принятия ее всеми пациентами, что может быть достигнуто, путем обучения населения и воспитания его доверия к врачу. Оно также требует хорошего сотрудничества, обмена информацией и взаимности между семейными врачами и другими специалистами и профессионалами; семейные врачи должны осуществлять соответствующие направления, и к ним обратно должна поступать информация от специалистов; пациенты также должны направляться к ним обратно.

### *5. Вознаграждение*

Системы оплаты должны быть сбалансированы, предпочтительно комбинируя зарплату или другую форму фиксированной выплаты с подушевой оплатой и оплатой за услуги. Ее цель стимулировать обеспечение полного спектра услуг в области общей практики и продвижение высококачественной первичной медико-санитарной помощи, путем предложения различных стимулов. Система оплаты может помочь гарантировать предоставление укрепляющих здоровье, профилактических, лечебных и паллиативных услуг, так же как и других аспектов практики, таких, как командная деятельность, их наличие в целом, функционирование информационной системы, выполнение обучающих задач и содержание помещений и оборудования. Если рыночные элементы внедрены, то стандарты качества должны быть защищены.

## **II. Улучшение организации**

### *6. Ведение медицинских записей*

Систематическое ведение детальных, ориентированных на проблемы и полных записей всех посещений важно для поддержания непрерывности во времени, чтобы определить эпизоды заболеваний, создать историю болезни пациента и координировать медицинскую помощь там, где вовлечены различные поставщики медицинской помощи. Записи должны включать в себя другую информацию, имеющую отношение к помощи пациентам, например по вопросам, связанным с условиями жизни, работы и образа жизни. Систематические профилактические процедуры и оценка потребностей населения невозможны без обоснованной системы записей, что позволит определить группы риска среди населения. В конечном итоге, записи являются основным требованием для развития качества, аудита медицинской помощи, рассмотрения случаев коллегами и т.д.

Как в любом виде медицинских услуг, записи пациентов могут содержать конфиденциальную информацию, и конфиденциальность информации должна сохраняться в соответствии с существующим законодательством. Пациенты должны также иметь право доступа к собственным записям, и информация может быть удержана только в исключительных случаях, когда она может им повредить, и не ожидается четкого положительного эффекта.

## 7. Работа в команде

Координация медицинской помощи требует от врачей общей практики наличия знаний по подготовке других специалистов и понимание того, какой вклад они могут внести в работу других поставщиков медицинских услуг. Более того, сотрудничество всех поставщиков медицинской помощи, вовлеченных в диагностику, лечение и помощь, включая социальную помощь, является правом пациента. Командная работа не имеет ограничений в отношении поставщиков, работающих в одном помещении. Те же, кто работают в разных офисах и помещениях, должны иметь стимулы к регулярным встречам и разработке общих целей и задач, оценке их достижения. Командная работа облегчает это, так как она объединяет навыки и экспертизу ряда профессионалов и тем самым укрепляет роль каждого из них.

## 8. Организация практики

Семейные врачи нуждаются в адекватных помещениях, оборудовании и вспомогательном персонале. Все это должно уважать частную жизнь пациента, предоставлять возможность для диагностики и лечения и облегчать доступность. Семейные врачи могут работать одни, в группах или центрах здоровья, но какой бы ни была структура, организация практики должна быть гибкой, что наряду с другими вещами означает оказание непосредственной помощи при неотложных состояниях, систему предварительной записи пациентов с менее срочными проблемами и при необходимости помощь на дому. Вспомогательные услуги, такие как рентгенография и лабораторные услуги, должны быть доступны семейному врачу. В отношении 24-часового охвата, семейные врачи должны быть вовлечены в планирование и управление услугами вне часов приема и должны вносить свой вклад в нахождение решений, которые были бы приняты всеми заинтересованными сторонами.

## III. Профессиональное развитие

### 9. Образование

Все профессионалы здравоохранения и медицинские специалисты, работающие в первичной медико-санитарной помощи, должны пройти додипломную, постдипломную подготовку, а также непрерывное медицинское образование по концепции и содержанию первичной медико-санитарной помощи. Соответствующее образование врачей общей практики является критическим элементом в обеспечении интегрированных, комплексных услуг, на которые мы уже ссылались в этом документе. Образование для общей практики может быть рассмотрено под тремя подзаголовками: додипломная подготовка, последипломная профессиональная подготовка и непрерывное медицинское образование.

- (a) Первым требованием является наличие адекватной **базовой додипломной подготовки**. Общая практика должна быть интегрированной частью уже на уровне додипломных программ подготовки. Все студенты-медики должны быть

ознакомлены с общей практикой так, чтобы приобрести знания, характерные для этой дисциплины, и располагать пониманием необходимости сотрудничества всех секторов системы здравоохранения.

- (b) Наличие прохождения **последипломной профессиональной подготовки** должно быть требованием для того, чтобы стать семейным врачом. Последипломная профессиональная подготовка должна быть эквивалентна другим основным клиническим специальностям и должна быть ориентирована на первичную медико-санитарную помощь и в значительной степени основана на общей практике. По возможности, практики, связанные с академическими кафедрами, должны играть роль в обучении. Слушатели должны иметь достаточную возможность для приобретения разносторонних навыков, например, по общению с пациентами, по консультированию и управлению практикой. Для разработки соответствующей программы профессиональной подготовки требуется определение ключевого содержания общей практики.
- (c) Предпосылками повышения навыков, поддержания и улучшения качества медицинской помощи являются **непрерывное медицинское образование (НМО)** и непрерывное профессиональное развитие. Программы НМО должны быть ориентированы на общую практику и основаны на исследованиях, в частности в области первичной медико-санитарной помощи. Главная ответственность за НМО лежит на самих медицинских работниках, кто нуждается в применении различных вариантов, чтобы достичь определенного уровня компетенции и поддерживать его. Техники дистанционного обучения могут оказать большую пользу по облегчению доступа врачей к обучению.

#### 10. Развитие качества

Общая практика должна быть открыта для оценки. Оценка качества и развитие качества являются основополагающими, вне зависимости от статуса занятости семейного врача. Важным инструментом в развитии качества может быть непрерывное медицинское образование. Системы клинического аудита, организованные самими врачами и осуществляемые в ходе рассмотрения случаев коллегами, являются эффективными. Согласованные профессиональные руководства, разрабатываемые в настоящее время в некоторых странах, являются важными инструментами профессионального развития и должны быть адаптированы к национальным и местным условиям.

#### 11. Академические кафедры общей практики

Принимая во внимание специфические характеристики общей практики как специальности, ее признание как академической дисциплины является основополагающим для принятия общей практики как полноправного партнера в предоставлении медицинской помощи. Там, где кафедры отсутствуют, должны быть предприняты усилия по развитию полностью финансируемых академических кафедр и профессоров общей практики. Эти кафедры с достаточными ресурсами всех видов

должны руководиться практикующими врачами или лицами с солидной базой по общей практике, а также поддерживаемые своими коллегами. Они должны быть вовлечены в клиническую общую практику на постоянной основе и должны иметь тесные связи с другими дисциплинами.

### *12. Исследование*

Академическая дисциплина не может быть создана в вакууме. Ей необходима научная база для создания собственных знаний. Академические кафедры общей практики должны концентрироваться не только на подготовке кадров, но также на исследованиях. Последипломная профессиональная подготовка должна ориентировать будущих семейных врачей на исследования. У слушателей при прохождении профессиональной подготовки должны быть возможности для проведения исследований. Исследования по общей практике должны быть профинансированы в достаточной степени, и они должны быть связаны с проблемами и мероприятиями, с которыми семейные врачи имеют дело в ежедневной практике.

### *13. Профессиональные организации*

Исходя из условий, описанных выше, профессия общей практики нуждается в эффективной организации, чтобы определить профессиональные потребности на национальном и международном уровнях и поддержать местные инициативы. Две функции, политическая и академическая, обычно организованы отдельно, хотя организация, сочетающая обе функции возможна. Семейные врачи должны быть представлены на высшем уровне во всех соответствующих медицинских структурах, принимающих решения.

## Стратегии развития общей практики

### **Точка отсчета**

Существуют громадные различия между странами в Европейском регионе ВОЗ по отношению к их способности удовлетворять условиям, обозначенным в предыдущих разделах документа. Некоторые страны могут полагаться на историю десятилетий по укреплению общей практики, в то время как другие только начинают. В отношении последних, в особенности, некоторые признаки полезны для того, чтобы знать, как и где начинать внедрение рекомендаций, предложенных в этом документе. Отдельные из этих условий легче внедрить, чем другие.

Важной стадией в процессе является завоевание поддержки и сотрудничества медицинских профессий, администраторов и органов управлений здравоохранения. Это создаст основу, путем распространения информации и образования, для широкого принятия населением особой роли общей практики. Врачи общей практики и их организации должны сами уделять значительную роль в осуществлении этого.

## **Возможности в рамках профессии**

Удовлетворение профессиональных условий может рассматриваться как подходящая точка отсчета для развития общей практики. Независимо от специфической структуры системы здравоохранения важным первым шагом является создание ассоциации, для укрепления позиции семейных врачей и колледжа или института по продвижению содержания и качества профессиональных мероприятий. Колледж может действовать, как группа давления, чтобы оказывать влияние на университеты, и обе эти организации могут быть фокусными точками для желающих улучшить свою профессию. Существуют четкие связи между созданием профессиональных организаций и вовлечением в проведение исследований, развитием качества и последипломной подготовки: например, предложения по содержанию программ додипломной и последипломной подготовки могут быть выдвинуты такими организациями.

Процесс введения или укрепления общей практики также облегчается через контакты со странами, где она имеет многолетние традиции. Международное сотрудничество по развитию общей практики, с уважением к местной культуре и традициям, вносит вклад в прогресс, позволяя людям учиться на опыте других.

## **Роль лиц, принимающих решения**

Без поддержки профессии извне развить общую практику может быть трудным. Чтобы удовлетворить различные условия (как обеспечение интегрированных и хорошо скоординированных услуг), необходима активная поддержка лиц, принимающих решения, политиков и публики. Лица, принимающие решения, должны быть чувствительны к действительным требованиям рентабельности; а политики и публика к требованиям предоставления равной, доступной и комплексной медицинской помощи.

Внедрение общей практики требует соответствующей поддерживающей законодательной базы, такой, как по соответствующей системе оплаты. Настоящее отношение населения в различных странах к общей практике, где качество помощи ассоциируется с высокоспециализированными услугами, будет изменено только путем демонстрации качества в общей практике.

Кажется более реальным не начинать с широкомасштабных операций. Подготовка врачей занимает время. Более того, проведение пилотных проектов до полного внедрения программы даст возможность скорректировать ошибки, чтобы избежать долгосрочных последствий.

Этот документ также доступен на сервере ВОЗ/Европа, <http://www.who.dk>.

Дополнительные копии могут быть запрошены по адресу:

PRIMARY HEALTH CARE UNIT

WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE

SCHERFIGSVEJ 8, DK-2100 COPENHAGEN, DENMARK

TELEFAX +45 3917 1865/1818; TELEPHONE +45 3917 1450/1717

---

## Приложение 2

### *Европейское исследование профилей задач врачей общей практики*

РЕЗЮМЕ ВОПРОСОВ

(Без кодированных ответов)

Воспроизведено с разрешения НИПМСП, Утрехт, Нидерланды

## **1. ПРАКТИКА И ИНФОРМАЦИЯ ЛИЧНОГО ХАРАКТЕРА**

**1.1 Год рождения?**

**1.2 Ваш пол?**

**1.3 Вы работаете на себя (не по найму) или наняты и получаете зарплату?**  
(если более чем одна оплачиваемая должность (место работы), отметьте основную и дополнительную должности и т.п.)

**1.4 Сколько часов вы обычно проводите, работая на этой должности?**  
(оценочная средняя по оказанию регулярных услуг, по дежурствам и при неотложных состояниях)

**1.5 Оцените среднее число часов в месяц, затрачиваемое на повышение вашего профессионального уровня?**  
(время на чтение профессиональных журналов, посещение курсов по повышению квалификации, научную работу и т.д.)

**1.6 Общее число жителей в городе, городке или селе, где расположена ваша (основная) практика?**

**1.7 Расположение вашей (основной) практики может быть охарактеризовано как:**  
(городское/старая (центральная) часть города, городское/поселок городского типа, пригород/в предместьях, смешанное городское/сельское, сельское)

**1.8 Прошли ли вы профессиональную подготовку по признанной программе, чтобы стать специалистом по семейной медицине или врачом общей практики, в дополнение к вашей базовой медицинской подготовке?**

**1.9 Когда вы начали работать в качестве врача и когда в качестве врача общей практики (не стажера/практиканта)?**

**1.10 Каково расстояние от вашей (основной) практики до ближайшего врача общей практики (не в вашем партнерстве, центре здоровья и т.д.), ближайшей консультационной амбулаторной клиники или ближайшего стационара общего профиля или обучающего стационара?**  
(не психиатрического, для выздоравливающих и т.д.)

**1.11 Вы работаете один или в совместно используемом помещении с одним или большим числом врачей общей практики и/или медицинскими специалистами?**

**1.12 Каково приблизительное число населения, обслуживаемого вашей практикой?**  
(это может быть число пациентов в вашем официальном списке пациентов. Если

у вас нет официального списка, то оцените число лиц, кто обычно полагается на вас в оказании первичной медико-санитарной помощи. Если контингент вашей практики включает оба типа, то отметьте это по обоим линиям. Если вы работаете в партнерстве или в составе группы, оцените число ваших пациентов)

- 1.13** **Просьба оценить среднее число ваших личных контактов с пациентами в офисе, в амбулатории или при посещении на дому и посещении стационара?**
- 1.14** **Каково среднее число телефонных звонков в день, когда вами даются консультации или советы пациентам?**
- 1.15** **В какой степени вы работаете по схеме предварительной записи?**  
(Предварительная запись/назначение означают, что консультация была назначена предварительно, например, по телефону)
- 1.16** **Среднее время, затрачиваемое на пациента?** (Фактическое время может быть меньше или больше)
- 1.17** **Как долго пациенту с неострым состоянием обычно приходится ждать консультации после записи?**
- 1.18** **Пожалуйста, пометьте, в какой степени охваченный вашей практикой контингент населения отклоняется от средненационального показателя по следующим категориям:**  
(дети до 6 лет, пожилые старше 70, социально обездоленные/нуждающиеся люди, иммигранты)
- 1.19** **Вы работаете (один или вместе с коллегами) при поддержке со стороны персонала, указанного ниже?**  
(регистратор/медицинский секретарь/помощник (ассистент) по общим вопросам/практическая медсестра или лаборанты)
- 1.20** **Как часто у вас бывают собрания, встречи, индивидуальные обсуждения со следующими профессиональными работниками?**  
(другие врачи общей практики/врачи первичной медико-санитарной помощи/амбулаторные узкие специалисты/специалисты стационаров/младшие медсестры или санитарки/социальные работники)
- 1.21** **Кто ответственен за оказание неотложных услуг, когда вы не работаете?**
- 1.22** **Пожалуйста, отметьте оборудование, используемое в вашей практике вами или персоналом:**  
(лабораторное: гемоглобинометр, тест на глюкозу, холестеринметр (любой), счетчик клеток крови;

для получения изображений: офтальмоскоп, ректоскоп, отоскоп, рентген, УЗИ, микроскоп;

функциональное: аудиометр, велоэргометр, глазной тонометр, пикфлоуметр, спирограф, ЭКГ, тонометр;

прочее: мочевой катетер, коагулометр, малый хирургический набор, шовный набор, дефибриллятор, одноразовые шприцы)

**1.23 Есть ли у вас прямой доступ к лабораторному и рентгеновскому оборудованию (не в вашей практике) и возможность быстро получить результаты?** (в течение 48 часов)

**1.24 Ведете ли вы обычно медицинские записи пациентов на повседневной основе?**

**1.25 Если в вашем распоряжении есть компьютер, то для каких целей он применяется в практике?**

(административные вопросы/счета/запись/назначение лекарств/медицинские записи пациентов/исследование/аудит/прочие цели)

## **2. ПРИМЕНЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ**

**В какой степени выполняются вами следующие мероприятия для населения, обслуживаемого вашей практикой, (либо вашим персоналом) или медицинским специалистом?**

(ответы по 4-балльной шкале: всегда, обычно, от случая к случаю, редко/никогда)

**2.1 Клиновидная резекция вросшего ногтя пальца**

**2.2 Удаление подкожной кисты из волосистой части скальпа**

**2.3 Наложение швов на рану**

**2.4 Удаление бородавок**

**2.5 Введение ВМС**

**2.6 Удаление пятна роговой оболочки**

**2.7 Фундоскопия**

**2.8 Внутрисуставная инъекция**

**2.9 Пункция верхнечелюстной пазухи**

**2.10 Миринготомия барабанной перепонки (парацентез)**

- 2.11 Гипсование
- 2.12 Стягивание лодыжек
- 2.13 Криотерапия (бородавок)
- 2.14 Установление внутривенных инфузий

### 3. ПЕРВЫЙ КОНТАКТ С ПРОБЛЕМАМИ ЗДОРОВЬЯ

**В какой степени пациенты имеют дело с вами как врачом в качестве первого контакта по проблемам здоровья?** (Это касается только первого контакта, но не возможного направления для постановки диагноза или лечения. Исключите административные контакты).

(Ответы по 4-балльной шкале: всегда (почти), обычно, от случая к случаю, редко/никогда)

- 3.1 Ребенок с сыпью
- 3.2 Ребенок с выраженным кашлем
- 3.3 Ребенок 7 лет с энурезом
- 3.4 Ребенок 8 лет с проблемами слуха
- 3.5 Женщина 18 лет, обращающаяся по поводу оральных контрацептивов
- 3.6 Женщина 20 лет, обращающаяся для подтверждения беременности
- 3.7 Женщина 35 лет с нерегулярными менструациями
- 3.8 Мужчина 24 лет с болью в желудке
- 3.9 Мужчина 45 лет с болью в груди
- 3.10 Мужчина 50 лет с ожогом руки
- 3.11 Мужчина 50 лет с острой зубной болью
- 3.12 Женщина 50 лет с опухолью груди
- 3.13 Женщина 60 лет с ухудшением зрения
- 3.14 Женщина 60 лет с полиурией

- 3.15 **Женщина 60 лет с острыми симптомами паралича/пареза**
- 3.16 **Мужчина 70 лет с болью в суставах**
- 3.17 **Женщина 75 лет с некоторыми проблемами памяти**
- 3.18 **Мужчина 35 лет с растяжением связок голеностопного сустава**
- 3.19 **Мужчина 29 лет с болью в нижней части спины**
- 3.20 **Мужчина 28 лет с первыми судорогами**
- 3.21 **Мужчина 45 лет в состоянии патологического страха**
- 3.22 **Ребенок, подвергшийся физическому насилию**
- 3.23 **Пара с проблемами взаимоотношений**
- 3.24 **Мужчина с суицидальными наклонностями**
- 3.25 **Женщина 50 лет с психосоциальными проблемами, связанными с ее работой**
- 3.26 **Мужчина 32 лет с сексуальными проблемами**
- 3.27 **Мужчина 52 лет с проблемами пристрастия к алкоголю (алкогольной зависимостью)**

#### **4. ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА И ДРУГИЕ ПРОЦЕДУРЫ**

- 4.1 **Когда вы или ваш персонал измеряете артериальное давление?**  
(в связи с соответствующими клиническими симптомами, по просьбе, во время всех обычных контактов с пациентами – независимо от причины обращения, у взрослых, приглашенных с этой целью)
- 4.2 **Когда вы или ваш персонал измеряете уровень холестерина в крови?** (возможен более чем один ответ)  
(в связи с соответствующими клиническими симптомами, по просьбе, во время всех обычных контактов с пациентами – независимо от причины обращения, у взрослых, приглашенных с этой целью)
- 4.3 **Когда вы или ваш персонал берете мазки шейки матки на предмет скрининга рака матки?** (возможен более чем один ответ)  
(в связи с соответствующими клиническими симптомами, по просьбе, во время посещений женщин из групп риска или приглашенных с этой целью)

- 4.4 Когда вы или ваш персонал осуществляете мануальное обследование в целью выявления новообразование молочной железы?** (возможен более чем один ответ) (в связи с соответствующими клиническими симптомами, по просьбе, во время посещений женщин из групп риска или приглашенных с этой целью)
- 4.5 В какой степени вы вовлечены в обучение населения по вопросам привычек табакокурения, здорового питания и употребления крепких напитков?** (Только в связи с регулярными контактами пациента, в специальных группах обучения и программах)
- 4.6 В какой степени вы вовлечены в следующие мероприятия?** (родовспоможение, рутинная антенатальная помощь, программа иммунопрофилактики детей, педиатрическое наблюдение за детьми до 4 лет, планирование семьи/контрацепция, гомеопатия)

## **5. ВЕДЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

**В какой степени вы вовлечены в вашей практике в лечение и последующее наблюдение за пациентами со следующими диагнозами?**

(Ответы по 4-балльной шкале: всегда (почти), обычно/как правило, от случая к случаю, редко/никогда)

- 5.1 Гипертиреозидизм**
- 5.2 Хронический бронхит**
- 5.3 Ячмень (Hordeolum)**
- 5.4 Пептическая язва**
- 5.5 Выпячивание грыжи межпозвоночного диска**
- 5.6 Острое цереброваскулярное кровоизлияние**
- 5.7 Застойная сердечная недостаточность**
- 5.8 Пневмония**
- 5.9 Перитонзиллярный абсцесс**
- 5.10 Язвенный колит**
- 5.11 Сальпингит**

**5.12 Сотрясение мозга**

**5.13 Болезнь Паркинсона**

**5.14 Неосложненный диабет II типа**

**5.15 Ревматоидный артрит**

**5.16 Депрессия**

**5.17 Инфаркт миокарда**

## **6. УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ РАБОТОЙ**

**В какой степени вы согласны со следующими выражениями по поводу удовлетворенности вашей работой?**

(Ответы по 5-балльной шкале: полностью согласен, согласен более или менее, без разницы, не согласен более или менее, полностью не согласен).

**6.1 Я чувствую, что некоторые компоненты моей работы не имеют смысла.**

**6.2 Моя работа все еще интересна мне, как и прежде.**

**6.3 Моя работа перегружена излишними административными деталями.**

**6.4 Если бы оплата и условия были аналогичными/сходными, я бы предпочел немедицинскую работу.**

**6.5 Я получаю действительное удовлетворение от работы.**

**6.6 Для моей работы характерно хорошее соответствие между прилагаемыми усилиями и вознаграждением.**

**6.7 Моя работа сопряжена с необходимостью множества напрасных усилий с моей стороны.**

В данной публикации дается очень четкое представление о роли и функциях общей практики в государствах - членах Европейского региона ВОЗ. В первой части рассматривается характер общей практики и подходящие для ее функционирования условия. Во второй части представлены результаты обзорного исследования, в котором сравниваются задачи и деятельность общепрактикующих врачей примерно в 30 европейских государствах – членах ВОЗ. В третьей части говорится о недавних событиях, процессах и изменениях в этой области и делается акцент на методы, применяемые для претворения в жизнь изменений. Показано, как общая практика постепенно перестает быть областью медицины, в которой заняты профессиональные работники без особого специального обучения, чтобы занять подобающее ей по праву место в качестве одной из основных медицинских специальностей.

В Приложении приводятся основные рамочные принципы профессионального и административного развития общей практики/ семейной медицины в Европе, составленные Европейским региональным бюро ВОЗ на основе консультаций с неправительственными организациями, занимающимися вопросами общей практики и первичной медико-санитарной помощи, и с целым рядом сотрудничающих центров ВОЗ.

Профессиональные работники здравоохранения и лица, разрабатывающие и определяющие политику, занимающиеся или интересующиеся реформой здравоохранения, найдут в публикации анализ и фактические данные, необходимые для принятия обоснованных и информированных решений по разработке и развитию общей практики.