

# ЗНАЧЕНИЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНЫ ДЛЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ЗДОРОВЬЯ НАЦИИ

д-р Амалия Розенцвейг Маркус, д-р Ян Пресс (Израиль)  
Бер Шевский Университет

**Резюме.** Рассмотрено место первичной медицинской помощи в общей системе здравоохранения. Показана роль первичной медицины в улучшении здоровья нации.

**Ключевые слова:** первичная медицинская помощь, система здравоохранения, здоровье нации.

В последние годы наблюдается бурное развитие медицинской науки. Исследования в области генетики, биохимии, микробиологии изменили наше представление об этиологии многих заболеваний. Развитие технологий открыло новые возможности для диагностики заболеваний и их лечения.

Одной из издержек стремительного развития медицинской науки является фрагментация медицины на узкие и еще более узкие специализации. Гинекология и хирургия — самые давние специализации медицины, появившиеся в средние века. Сегодня хирургия разделилась на нейрохирургию, сосудистую хирургию, хирургию органов грудной клетки и сердца, пластическую хирургию и т.д. Но и это не предел: так в нейрохирургии есть специализация по микроинвазивной нейрохирургии; в гинекологии — специализации по бесплодию, беременности высокого риска; в терапии — узкие специализации по эндокринологии, пульмонологии, кардиологии и т.д.

Однако наряду с процессом углубления в узкую специализацию в большинстве областей медицины по-прежнему существует группа врачей, избравших карьеру врачей общего профиля — первичной медицины/семейной медицины.

**Цель работы** — рассмотреть место первичной медицинской помощи в общей системе здравоохранения и показать роль такого вида помощи в улучшении здоровья нации.

## Что такое первичная медицина?

Первичная медицина ответственна за первичный контакт пациента со сложным миром медицины и должна быть доступна как экономически, так и географически. Первичная медицина отвечает за множество медицинских проблем в течение жизни большинства

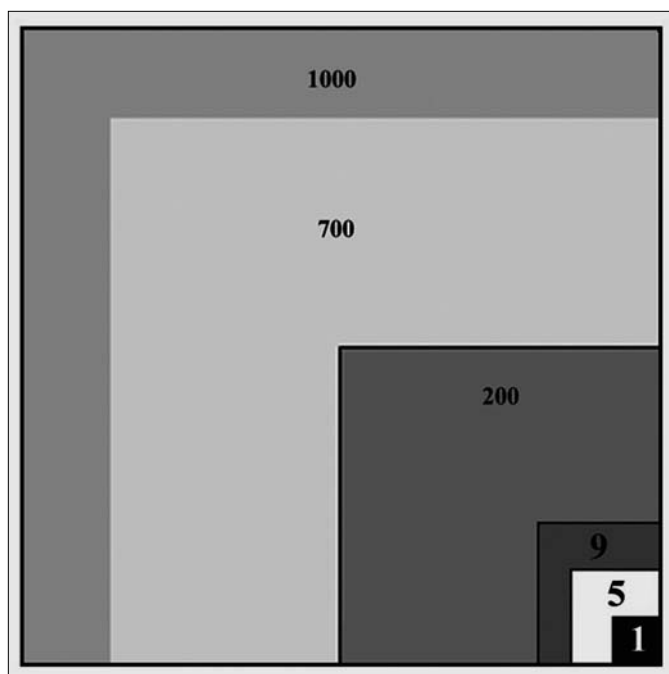
населения и в центре ее внимания — человек, страдающий болезнью, а не болезнь, обнаруженная у человека.

Первичная медицина ответственна за всеобъемлющее лечение, неизменными элементами которого являются элементы биологические, психологические и социальные. По мнению пациента, первичная медицина ответственна за него даже тогда, когда он временно переходит на лечение в узких специалистов. Именно от врача первичной медицины ожидают, что он должен скоординировать лечение, поддержать пациента, помочь ему разобраться в сложном и далеко неоднозначном медицинском мире.

Первичная медицина обеспечивает длительную и устойчивую связь между пациентом и врачом, что позволяет врачу собрать более полную информацию о пациенте и его проблемах, улучшить отношения между врачом и пациентом и в результате — оказать пациенту более качественную медицинскую помощь.

В 1920 г. Lord Dawson of Penn [3] впервые определил три уровня медицинской помощи: первичную, вторичную (оказывают специалисты и узкие специалисты) и третичную (оказывают в университетских больницах).

В 1961 г. White и соавторы [10] опубликовали работу «Экология медицинской помощи». Согласно этому исследованию, в течение среднестатистического месяца из 1000 граждан старше 16 лет у 750 пациентов наблюдается какой-либо симптом, из них 250 обращаются к врачу, среди них 9 госпитализируются, 5 отправляются на консультацию к другим врачам, и лишь 1 получает лечение на третичном уровне (будет госпитализирован в университетской клинике). На рис. 1 представлено распределение пациентов по уровню требуемой медицинской помощи. Данное исследование указало на необходимость создания сбалансированной модели медпомощи — модели, в которой развитая пер-



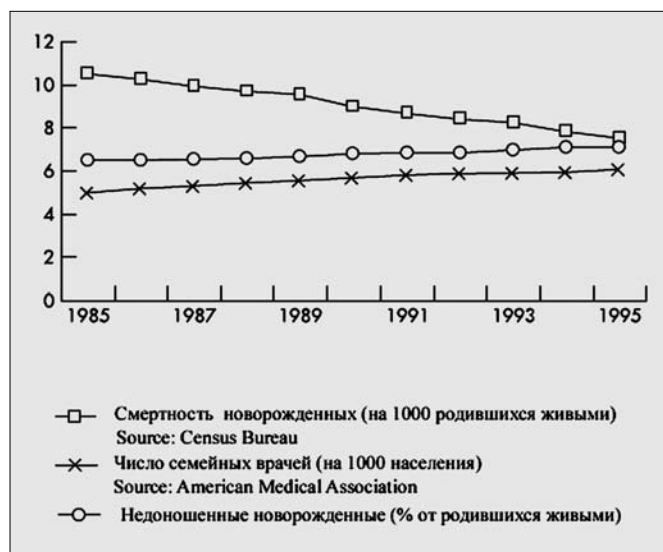
**Рис. 1.** Распространение заболеваемости в обществе и роль врачей, госпиталей и университетской клиники в терапии. Данные касаются взрослого населения: 1000 – население, склонное к заболеваниям; 750 – население, обращающееся 1 раз в месяц или чаще за медицинской помощью; 250 – население, обращающееся к врачу 1 раз в месяц или чаще; 9 – количество людей, госпитализируемых в течение месяца; 5 – количество людей, обращающихся к другому врачу в течение месяца; 1 – количество людей, обращающихся в университетскую клинику в течение месяца

вичная медицина будет в состоянии оказать качественную медпомощь 235 пациентам из каждой тысячи взрослого населения (числу, значительно превосходящему тех 15 пациентов, которые получают медпомощь в стационарах) [10]. Результаты данной работы подтверждены в более поздних исследованиях, в которых принимали участие дети [2].

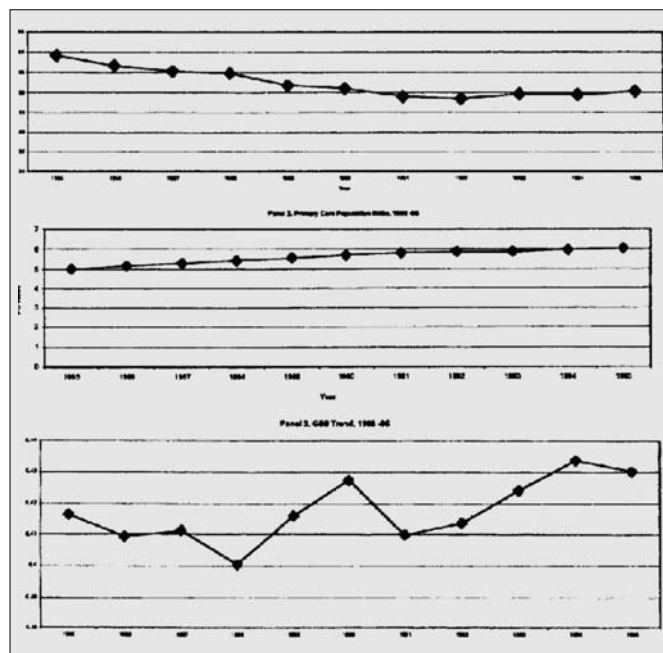
Первичная медицина стала краеугольным камнем общественной медицины в Великобритания, Канаде, Голландии, Израиле и многих других развитых странах.

### Доказательства эффективности первичной медицины

В течение последних 30 лет опубликованы многие исследования по эффективности первичной медицины. Обобщенные результаты этих исследований представлены в работе Barbara Starfield и соавторов [7]. Изучено влияние количества первичных врачей, включая терапевтов, педиатров и семейных врачей, на уровень общей смертности, смертности от разных заболеваний, рождаемости детей с низким весом, а также на самоощущение пациента (здоровым или больным). Установлено, что в тех штатах Америки, где был выше про-



**Рис. 2.** Соотношение уровня детской смертности на 1000 родов, количества первичных врачей на 10 000 населения и новорожденных с низким весом



**Рис. 3.** Первый график – смертность от инсульта за 1985–1995 гг.; второй график – процент первичных врачей; третий график – уровень жизни

цент первичных врачей, уровень смертности от ишемической болезни сердца, онкологических заболеваний и инсульта снизился. Кроме того, уменьшился показатель смертности среди детей до года и количество новорожденных детей с низким весом (рис. 2, 3). Необходимо отметить, что в этих же штатах наблюдалась большая продолжительность жизни (рис. 4).

Во Флориде увеличение на 30% количества первичных врачей снизило уровень смертности от рака шейки матки на 20%.

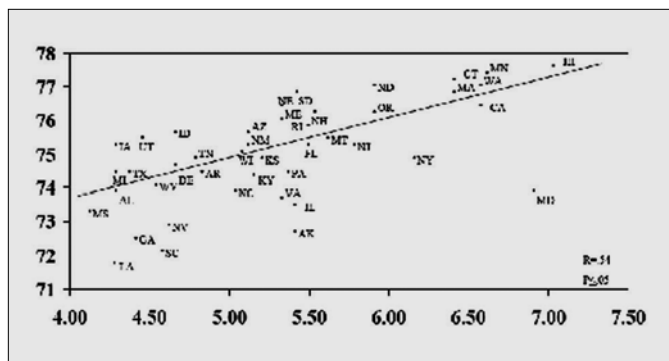


Рис. 4. Анализ продолжительности жизни в зависимости от количества первичных врачей на 10 000 населения (по вертикали – продолжительность жизни, по горизонтали – количество первичных врачей)

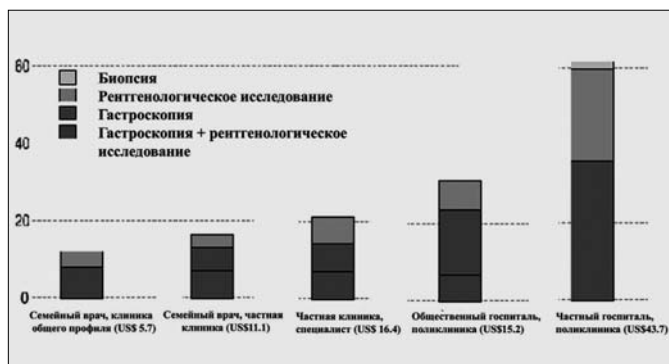


Рис. 6. Стоимость и структура обследования пациента с легкими жалобами на проблемы со стороны желудочно-кишечного тракта, симулировавший выраженную патологию ЖКТ. Обследования у врачей общего профиля и врачей-специалистов: первый столбик (слева) – врач общего профиля, работающий в общественной клинике; второй столбик (слева) – врач общего профиля, работающий в частной клинике, гастроэнтеролог в частной клинике, гастроэнтеролог в общественной больнице, гастроэнтеролог в частной больнице (обратите внимание на увеличение числа обследований)

Анализ влияния первичной медицины в Великобритании показал, что соотношение «1 первичный врач на 1000 населения» способствовало снижению уровня общей смертности на 6%.

Наряду с США подобные исследования проведены в объединении развитых стран (ОЕСД). Результаты идентичны (рис. 5).

Наряду с влиянием первичной медицины изучено влияние увеличения числа специалистов узкого профиля на показатели заболеваемости и смертности. Положительных изменений не зафиксировано. Возможные причины данного феномена – это фрагментация лечения и неосведомленность каждого специалиста о состоянии здоровья пациента в целом. Узкие специалисты воспитываются в госпитальной медицине и поэтому знакомы с госпитальной заболеваемостью, которая значительно отличается от внебольничной. Так, нейрохирург, который осматривает

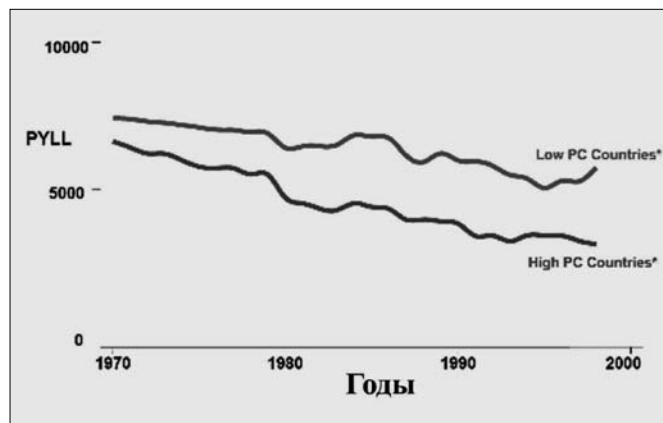


Рис. 5. Уровень развития первичной медицины и показатель преждевременной смертности, т.е. смертность среди мужчин моложе 78 лет, женщин моложе 80,5 лет (по вертикали – смертность, по горизонтали – уровень первичной медицины): верхний график – страны с низким уровнем первичной медицины; нижний график – страны с высоким уровнем первичной медицины

пациента с головной болью, вспоминает пациентов (с подобными симптомами), которых он оперировал по поводу опухоли мозга, тогда как первичный врач в аналогичной ситуации вспоминает тех, среди которых подавляющее большинство выздоровело без какого-либо вмешательства в течение считанных недель. Неудивительно, что такая разница в статистике внутри- и внебольничной патологии выражается в тех анализах и исследованиях, подчас угрожающих здоровью и жизни, на которые тот же пациент будет отправлен нейрохирургом, в отличие от первичного врача. Поэтому важно, чтобы пациентов направляли к нейрохирургу первичные врачи. Это правильно по отношению к любому узкому специалисту. Такая политика уменьшит число ненужных обследований, что, в свою очередь, снизит стоимость лечения и освободит время узких специалистов для пациентов, которые в них действительно нуждаются (рис. 6).

Многие пациенты обращаются к врачу с «неопределенными» симптомами. Лучшим подходом в ведении таких пациентов считается длительное наблюдение, которое, в свою очередь, является «привилегией» первичного врача. Иными словами, первичный врач в большинстве случаев видит «весь фильм», а не только его «отдельную сцену».

Однако то, что в определенном месте работает больше первичных врачей, еще не значит, что у них наблюдается больше обращений и их пациенты более здоровы. Так, в 1998 г. участникам одного из опросов был задан вопрос, видят ли они в своих первичных врачах основной ресурс здоровья. Интересно, что среди респондентов, которые утвердительно ответили на этот вопрос, уровень смертности в течение последующих пяти лет был ниже, даже с учетом влияющих на нее факторов [1].

## Стоимость лечения

Кроме положительного влияния первичной медицины на здоровье населения, такая медицина более дешевая. Это связано, скорее всего, с профилактическим подходом, снижением госпитализации, обращения к узким специалистам, с меньшим использованием тех анализов и исследований, которые не являются необходимыми в той или иной ситуации [1;8]. Отсутствие фрагментации пациента между узкими специалистами позволяет более продумано планировать лечение частых заболеваний. Такое планирование способствует снижению стоимости терапии, при этом качество медицинской помощи не ухудшается.

## Равенство

Одним из более болезненных является вопрос равенства в получении медицинской помощи. Первичная медицина из-за «дешевизны» и доступности обеспечивает равные возможности для всех граждан в получении качественной медицинской помощи [4;6;9]. На основе этих данных Всемирная организация здравоохранения в 2008 г. рекомендовала развить первичную медицину и поставить ее в краеугольный камень медицины во всем мире [5].

Для развития первичной медицины важно, в первую очередь, воспитать поколение первичных врачей, привить им необходимые навыки, дать нужные для работы инструменты. Только в этом случае врачи первичной медицины смогут решить задачи, которые стоят перед ними. С 70-х годов XX ст. начала развиваться новая академическая специальность – «семейная медицина». В настоящее время во многих странах существует хорошо основанная и спланированная система специализации по семейной медицине. В Израиле существует десять отделений, ответственных за подготовку врачей-специалистов в семейной медицине. Основные задачи по подготовке таких врачей:

1. Врач должен владеть глубокими знаниями в диагностике, лечении и наблюдении частых заболеваний.
2. Врач должен в совершенстве владеть методами ранней диагностики и профилактики частых заболеваний.
3. Врач должен обеспечить всеобъемлющее лечение, учитывая личностные, культурные и религиозные качества и особенности пациента, его семьи и общества.

## Структура специализации

1. Работа в течение 15 месяцев в одной из поликлиник, признанных Ученым Советом Израильского Профсоюза Врачей, под наблюдением врача-специалиста по семейной медицине. В этот период

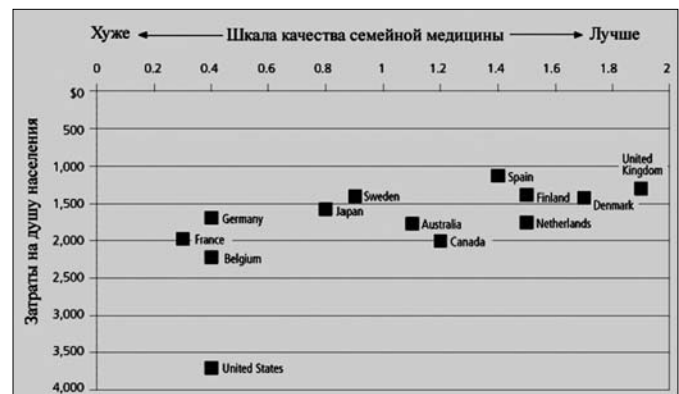


Рис. 7. Обратная связь между уровнем развития семейной медицины и расходом средств на душу населения (по вертикали – уровень расхода на душу населения; по горизонтали – уровень развития первичной медицины)

- воспитанник осваивает подход к диагностике, лечению и наблюдению за частыми заболеваниями. Особое место уделяется принятию во внимание личностных, религиозных и культурных отличий пациентов и их семей, а также профилактической медицине и ранней диагностике. Важной задачей данного периода является обучение воспитанника методам самообучения, использованию различных баз медицинских знаний и навыкам критического изучения литературы.
2. Ротация в течение 10 месяцев в терапевтическом отделении больницы.
  3. Ротация в течение 2 месяцев в приемном покое.
  4. Ротация в течение 5 месяцев в педиатрическом отделении больницы.
  5. Две 2-месячные ротации (по выбору воспитанника) в одном из следующих отделений: дерматологии, гериатрии, онкологии, офтальмологии, ЛОР, гинекологии, ортопедии, ревматологии и профмедицине.
  6. 12-месячная ротация в поликлинике под наблюдением признанного Ученым Советом врача-специалиста в семейной медицине.

На протяжении всего 4-летнего периода специализации 1 раз в неделю воспитанник участвует в 8-часовом академическом курсе. На курсе изучаются основы коммуникации с пациентом, семейной оценки, эпидемиологии, экономики медицины, а также читаются лекции и проводятся семинары по новинкам в медицинских знаниях. На большинстве курсов активность воспитанников поддерживается требованиями к подготовке курсовых работ, чтению лекций сокурсникам и участию в дискуссиях. Основная часть лекций и практических работ проводится врачами-специалистами по семейной медицине, имеющими академическую ставку в отделении семейной медицины; в ряде случаев привлекаются врачи узкого профиля. Успешное окончание 4-летнего курса

и получение диплома обусловлено активным участием, своевременной подачей курсовых работ и сдачей 6 семестровых экзаменов.

Через 2 года после начала специализации воспитанник может сдать письменный всеизраильский экзамен по семейной медицине. Воспитанники, окончившие полный курс специализации, успешно сдавшие письменный экзамен и получившие диплом об окончании академического курса, имеют право сдать устный заключительный экзамен по семейной медицине, при успешной сдаче которого Ученый Совет им присваивает звание «врач-специалист по семейной медицине».

## Выводы

Таким образом, в странах/областях с развитой первичной медициной наблюдается:

- низкий уровень общей смертности и смертности по разным (сердечно-сосудистая, онкологическая, легочная и т.д.) причинам;
- меньшая обращаемость населения в приемные покои;
- низкий уровень госпитализации;
- эффективное раннее распознавание рака груди,
- низкая заболеваемость и смертность от рака толстого кишечника и рака шейки матки.

## Список литературы

1. *Franks P.* Primary Physician and Specialists as Personal Physician. Health care Expenditures and Mortality Experience / P. Franks, K. Fiiscella // *Journal of Family Practice*. – 1998. – Vol. 47. – P. 105–109.
2. *Green L.A.* [et al.] // *NEJM*. – Vol. 344. – P. 2021–2025.
3. *Lord Dawson of Penn.* Interim Report on the Future Provisions of Medical and Allied Services. United Kingdom Ministry of Health. Consultative Council on Medical Allied Services. – London : Her Majesty's Stationery officers', 1920.
4. *Primary care, self-rated health, and reductions in social disparities in health / L. Shi, B. Starfield, R. Politzer, J. Regan // Health Serv. Res.* – 2002. – Vol. 37. – P. 529–550.
5. *Primary Health Care: Now More Than Ever.* – Geneva : WHO, 2008.
6. *Shi L.* The effect of primary care physician supply and income inequality on mortality among blacks and whites in U.S. metropolitan areas / L. Shi, B. Starfield // *Am J. Public Health*. – 2001. – Vol. 91. – P. 1246–1250.
7. *Starfield B.* Contribution of Primary Care to Health Systems and Health / B. Starfield, L. Shi, J. Macinko // *Milbank Quarterly*. – 2005. – Sept., vol. 83, is. 3. – P. 457–502.
8. *Starfield B.* Policy relevant determinants of health: an international perspective / B. Starfield, L. Shi // *Health Policy*. – 2002. – Vol. 60. – P. 201–218.
9. *Use of medical care in the Rand Health Insurance Experiment. Diagnosis- and service-specific analyses in a randomized controlled trial / K. N. Lohr, R. H. Brook, C. J. Kamberg [et al.] // Med Care.* – 1986. – Vol. 24 (suppl. 9). – P. S1–87.
10. *White K. L.* The ecology of medical care / K. L. White, T. E. Williams, B. Greenberg // *NEJM*. – 1961. – Vol. 265. – P. 885–892.

## Значення первинної медицини для системи охорони здоров'я та здоров'я нації

д-р Амалия Розенцвейг Маркус, д-р Ян Пресс (Ізраїль)

Розглянуто місце первинної медичної допомоги в загальній системі охорони здоров'я. Показано роль первинної медицини в поліпшенні здоров'я нації.

**Ключові слова:** первинна медична допомога, система охорони здоров'я, здоров'я нації.

## Significance of primary medicine for health care system and nation's health

dr. Amalia Rozentsvejk Markus, dr. Jan Yan Press (Israel)

The place primary medical care in the general system of health care system has been considered. The role of primary medicine in improvement of Nation's health has been shown.

**Key words:** primary medical care, health care system, nation's health.

## Таку медицину слід робити в нас

Сьогоднішня ситуація щодо тривалості життя населення України та забезпечення його доступною якісною медичною допомогою не влаштовує нікого — ні народ, ні владу. Проголошення реформ галузі, планування бюджету на медицину свідчать про подальшу неефективність та неспроможність будь-що змінити на користь людей. Бюджет не передбачає основного принципу — вартість—якість—користь. Кошти виділяються на ремонти, побудову, відкриття центрів, територіальних об'єднань, закупівлю дорогавартісного обладнання, а пацієнти вкладають власні гроші або шукають благодійників, щоб обстежитися та пролікуватися. Ми створюємо громадські ради при владних структурах, запрошуємо до них авторитетних людей, здебільшого професорів, котрі радять, як робити, хоча самі здебільшого відстоюють інтереси власного напрямку.

На мою думку, цікавою є стаття Амалії Розенцвейг — нашої землячки з Ізраїлю, яка погодилася під час зустрічі влітку в м. Києві написати статтю про значення первинної медицини для системи охорони здоров'я та здоров'я нації на власному досвіді та вивченні даних медицини розвинених країн.

Мене дивує ситуація, коли з приходом до влади міняються концепції, принципи реформ у медицині, чому без уваги залишаються рекомендації Світового банку, ВООЗ, досвід країн, де тривалість життя, здоров'я людей набагато кращі, ніж в Україні.

Ми можемо поліпшити здоров'я людей уже через 3—5 років, однак для цього слід провести радикальні зміни — наблизити медичну допомогу до людей, гарантувати базовий рівень медичної допомоги і чітко це прописати в бюджеті. Значення первинної медичної допомоги в житті людей, у поліпшенні здоров'я нації описала в статті доктор Амалія. Не буду коментувати.

Я переконаний, що кожен, хто уважно прочитає статтю доктора Амалії Розенцвейг, зрозуміє, як і в якому напрямку слід реформувати галузь. Краще прочитати, ніж коментувати.

Професор М.Є. Поліщук