

УДК 614.2:616-084

Г.Ж. ТОКМУРЗИЕВА, Н.Б. ЕСИМОВ, Н.Т. ИЗМАЙЛОВА

Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ», г. Алматы, Республика Казахстан

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ МОДЕЛИ ИНТЕГРАЦИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ И СЛУЖБЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ (международный опыт)



Токмурзиева Г.Ж.

В работе представлены примеры успешной интеграции первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) и службы общественного здоровья (СОЗ) в разных странах.

Цель исследования. Изучить опыт интеграции ПМСП и СОЗ в разных странах. Одной из задач, которые были обозначены в Государственной программе развития здравоохранения «Денсаулық» на 2016-2019 гг., это развитие системы общественного здравоохранения (ОЗ) и совершенствование профилактики и управления заболеваниями. Основу улучшенной системы ПМСП составляют интеграция и координация на всех ее уровнях.

Ключевые слова: первичная медико-санитарная помощь, служба общественного здоровья, общественное здравоохранение, интеграция, межсекторальное взаимодействие.

Интегрированная помощь является инструментом – скорее средством, нежели самоцелью – рационализации и осуществления преобразований в устойчивых системах предоставления услуг в целях улучшения показателей здоровья [1, 2]. Указывать направление в процессе преобразования системы предоставления услуг – вот в чем заключается сама суть понятия "интеграция", которое происходит от латинского слова *integer*, означающего "целый" или "весь", что, в принципе, отражает тот акцент, который делается на объединении различных частей, чтобы они могли функционировать вместе или формировать единое целое [3].

Одна из задач, которые были обозначены в программе «Денсаулық», это развитие системы ОЗ и совершенствование профилактики и управления заболеваниями. Эта задача будет решаться путем:

1. Создания службы общественного здоровья и развития межсекторального взаимодействия;
2. Приоритетного развития ПМСП;
3. Интеграции всех уровней медицинской помощи вокруг интересов пациента [4].

Основу улучшенной системы ПМСП составляют интеграция и координация на всех ее уровнях. Создание, реализация и дальнейшее усовершенствование СОЗ играют важную стабилизационную роль в обществе, обеспечивая развитие ПМСП посредством укрепления здоровья населения и благосостояния государства в целом [5].

Цель исследования – изучить опыт интеграции ПМСП и СОЗ в разных странах.

Международный опыт интеграции ПМСП и СОЗ США

В 1994 году Американская медицинская ассоциация и

Американская ассоциация общественного здравоохранения создали инициативу в области Медицины и Общественного здравоохранения. Она началась с рабочей группы, которая заседала в течение 2 лет и изложила актуальные вопросы в нескольких областях. Рабочая группа разработала семь основных рекомендаций для сотрудничества между ПМСП и СОЗ: 1) вовлечение общества, 2) изменение образовательного процесса, 3) создание совместных исследовательских усилий, 4) разработка общего взгляда на здоровье и болезни, 5) совместная работа в области оказания медицинской помощи, 6) совместная разработка мер оценки состояния здравоохранения и 7) реализация идей инициативы на практике [6].

Позже в Соединенных Штатах были предприняты другие, более ограниченные попытки по анализу инициатив по интеграции на местах. Сюда входит обзор государственно-частных партнерств, которые объединили сети предоставления услуг и коалиции заинтересованных сторон, ориентированных на ОЗ и планирование на уровне общества [7]; изучение того, как организационные характеристики и рыночные условия способствуют сотрудничеству между общественными больницами или центрами здравоохранения и организациями ОЗ [8]; анализ Американской медицинской ассоциации эффективных клинических партнерств между практикой ПМСП и организациями ОЗ [9].

Некоторые ранние инициативы были сосредоточены на сокращении разрыва между ПМСП, ОЗ и обществом. Например, в некоторых районах Соединенных Штатов были предприняты усилия по принятию моделей первичной помощи, ориентированных на общество. Первичная помощь, ориентированная на общество (ППОО), – это непрерывный процесс, в соответствии с которым группы ПМСП оказы-

Контакты: Есимов Наби Болатович, докторант Казахстанского медицинского университета «ВШОЗ», г. Алматы. Тел.: + 7 702 296 2888, e-mail: nabi_es@mail.ru

Contacts: Nabi Bolatovich Yessimov, doctoral student of the Kazakh Medical University "CSPH" Almaty c. Ph.: + 7 702 296 2888, e-mail: nabi_es@mail.ru

вают содействие определенному обществу на основе своих оцененных потребностей в области здравоохранения посредством интеграции в практику ПМСП и СОЗ [10]. Это динамичная, междисциплинарная модель планирования, применения и оценки первичной помощи, укрепления здоровья и профилактики заболеваний в обществе, которая, как правило, привлекает специалистов-практиков, работающих в регионах с ограниченными ресурсами и имеющих ограниченный доступ к медицинским услугам. Данная модель не нашла широкого распространения в Соединённых Штатах [11]. Тем не менее, даже с измененными моделями было найдено несколько инициатив ППОО, которые привели к заметным улучшениям в оказании ПМСП [12, 13]. Модели ППОО были внедрены с некоторым успехом на международном уровне [14, 15].

В 2009 году Американская медицинская ассоциация и Университет Северной Каролины провели обзор партнерств между организациями ПМСП и СОЗ [9]. На основе обзора опубликованной литературы и исследования 48 программ, авторы изучили структуру успешных сотрудничеств. Они обнаружили, что большинство рассмотренных партнерств касались одного из трех вопросов: рост лиц и групп населения, не охваченных услугами первичной помощи, расширение профилактических мер для населения и улучшение качества помощи людям с хроническими заболеваниями [9]. Более успешные партнерства часто разрабатывали совместную миссию с формализованной структурой и четко определенными ролями [16].

Ряд примеров был инициирован организациями ОЗ. Например, департамент здравоохранения округа Алачуа, штат Флорида, совместно с местной государственной школьной системой и Университетом Флориды инициировали программу, направленную на повышение уровня вакцинации против гриппа среди детей школьного возраста [17]. Однако важнейшим компонентом успеха программы было установление связей с поставщиками первичной помощи. В рамках программы вакцинации дети получали в школе бесплатную вакцину против гриппа в виде назального спрея. Дети, которые имели противопоказания, направлялись в свои медицинские организации для получения прививки от гриппа. Как педиатры, так и отдел санитарно-эпидемиологического надзора приняли решение ввести вакцинацию против гриппа в реестр штата, чтобы обе группы могли обмениваться информацией о своих пациентах [18]. За три года, прошедшие с момента запуска программы, уровень иммунизации увеличился. В 2009-2010 годах программа смогла иммунизировать примерно 55 процентов учащихся, а еще 10 процентов, которые не смогли получить вакцину в виде назального спрея по медицинским показаниям, были иммунизированы своими медицинскими организациями [18].

Албания

В Албании неинфекционные заболевания (НИЗ) занимают лидирующую позицию, как причина смертности. В их числе сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) в одиночку охватывают 50% всех случаев смертности по данным 2010 г. В 2014 году вновь избранное правительство запустило бесплатную программу обследования для расширения услуг профилактики. Программа предлагает

бесплатные скрининги для хронических состояний, таких как артериальная гипертензия (АГ), диабет, определённые виды рака и депрессия. Граждан приглашают в центры ПМСП по месту жительства, где проводят мотивационные интервью и краткие рекомендации для освоения более полезных привычек поведения. Медсёстры и семейные врачи работают в команде для успешного проведения скрининга. Средний медперсонал ответствен за сбор паспортных данных и измерение физических параметров, включая электрокардиограмму (ЭКГ). Семейные врачи отвечают за интерпретацию и предоставление результатов пациентам, а также оказание необходимой сопроводительной помощи. Короткие тренинги для поставщиков услуг были проведены партнёром данного проекта – Швейцарским Агентством по кооперации и развитию. Центры здоровья были модернизированы и снабжены необходимым инвентарём. В настоящее время 360 из 415 центров первичной помощи оборудованы для предоставления бесплатной программы обследования [19].

Андорра

Столкнувшись с возрастающим уровнем хронизации с середины 2000-х, Министерство здравоохранения Андорры уделило внимание переходу системы от реактивного лечения к более интегрированной модели предоставления услуг. Этот приоритет очевиден в Национальном стратегическом плане здравоохранения на 2010-2015 гг., включающий в себя запуск пилотной модели интегрированного лечения диабета 2 типа. В тесном сотрудничестве с основными участниками пилотный проект был направлен на усиление роли первичной помощи, введение команд медсестер и врачей, поощрение самопомощи и стандартизации качества помощи [20, 21].

Австрия

В Австрии демографическая ситуация поменялась в сторону старения населения. В связи с этим муниципалитет города Швац обнаружил возрастающую потребность в социальной поддержке. Особенно в ней нуждались уязвимые группы, такие как пожилые люди с психическими расстройствами и молодые семьи с низким социально-экономическим статусом [22]. Однако, на тот момент Муниципалитет города Швац не мог оказывать услуги здравоохранения ввиду их возросшей востребованности. В 2006 году мэр Муниципалитета города Швац предложил новую модель здравоохранения и социальных услуг, где уделил особое внимание потребностям лиц с низким социально-экономическим статусом. В 2007 году Дом Поколений (далее – Дом) был открыт по принципу «одного окна» для социальных, муниципальных, общественных ресурсов и здравоохранения. Частные квартиры в Доме обеспечивают совместное проживание пожилых людей и молодых семей. Для жителей Дома созданы условия для общения и укрепления командного духа путём регулярных совместных мероприятий. Жители также сформировали свои собственные услуги по взаимопомощи в повседневной жизни. Например, пожилые жители помогают работающим родителям приглядеть за их детьми в обмен на какие-либо вкусности. В Доме доступны несколько дополнительных сооружений, таких как сельский магазин. Он нанимает и обучает людей с психическими расстройствами для поддер-

жания их независимости и развития их навыков в пределах защищённого окружения [23].

Азербайджан

В 2000-х годах вертикальная, ориентированная на болезни система здравоохранения в Азербайджане в полной мере не удовлетворяла потребностям населения. В результате, в 2006 году, в партнёрстве Правительства и Всемирного Банка, был запущен проект национальной реформы здравоохранения. В рамках этого проекта правительство разработало Национальный Мастер-План (далее – План) по введению реформ. Официально вступивший в силу в 2008 году План служил для контроля инвестиций в инфраструктуру здравоохранения, реорганизации здравоохранения и человеческих ресурсов и разработки новой национальной модели страхования. Около 100 руководств было разработано для поддержки предоставления услуг. Служба ПМСП была усилена строительством новых сооружений первичной помощи и выделением семейной медицины в отдельную специальность. Таким образом, количество учреждений первичной помощи увеличилось на 44% [24]. Стационарная система была реформирована. Количество коек уменьшилось примерно на 50%, неэффективные больницы закрылись, уровень занятости остальных возрос в три раза. Особое внимание было уделено развитию информационной системы здравоохранения. Национальный информационный центр был основан для введения электронных карт здоровья. Министерство здравоохранения провело несколько оценок исходов здоровья населения и предоставления услуг согласно Плану. Также была оценена удовлетворённость пациентов услугами здравоохранения путём проведения исследований. Поскольку финансирование проекта подошло к концу в 2012 году, Стратегический План 2014-2020 гг. был разработан для дальнейшего укрепления системы здравоохранения. Новые приоритеты включают вопросы НИЗ, продолжение работы над здоровьем матери и ребёнка, укрепления мониторингования и оценки [25, 26].

Хорватия

В середине 1990-х показатели здоровья в Хорватии были ниже средних по Европейскому Союзу. Шла тенденция к возрастающей ноше хронических болезней. Тенденции были частично связаны с неоптимальными механизмами подотчётности, приведшими к неравенствам в доступе, качестве и эффективности услуг здравоохранения. Более того, неравномерная оплата привела к перенасыщению услуг вторичной и третичной помощи, что в свою очередь нанесло ущерб развитию услуг укрепления здоровья и профилактики. На заре 2000-х правительство инициировало развитие электронной Центральной информационной системы здравоохранения (ЦИСЗ) для связи с заинтересованными лицами и предоставления данных о пациентах и поставщиках в реальном времени. ЦИСЗ впервые была представлена в 2007 году, а в 2009 году была распространена по всей стране. Управление и регулирование ЦИСЗ – ответственность Фонда медицинского страхования под руководством Министерства здравоохранения. Все ВОП на данный момент подсоединены к системе, интеграция других специалистов находится на стадии реализации. В целях повышения эффективности, многочисленные технологические приложения были разработаны в ЦИСЗ: электронные

рецепты, электронные направления и др. Электронный портал для граждан позволяет взаимодействовать с ЦИСЗ, а дополнительный портал для поставщиков услуг предлагает возможности профессионального развития и общения. В настоящее время продолжается работа над улучшением сбора информации для улучшения мониторинга. Развитие и распространение электронной системы здравоохранения продолжает оставаться приоритетным направлением Министерства здравоохранения, согласно Национальной стратегии здравоохранения на 2012-2020 годы [27, 28].

Чехия

В 2011 г. ноша онкологических заболеваний в Чехии была одной из самых высоких в странах ОЭСР. Показатель уровня смертности равнялся 240 на 100000 населения, в то время как средний показатель стран ОЭСР был 211 на 100000 населения. Такой высокий уровень был частично обусловлен низким охватом скрининга, что приводило к обнаружению рака на запущенных стадиях. В 2011 году Министерство здравоохранения создало экспертную группу для разработки Национальной программы скрининга рака, в партнёрстве с ключевыми заинтересованными лицами, включая семь страховых компаний страны. После почти трёх лет планирования, в декабре 2013 года, был одобрен финальный вариант программы. Начиная с января 2014 года, медицинские страховые компании стали посылать персональные письма, приглашая их для принятия участия в скрининге рака. Более 1,5 миллиона приглашений было послано за первые восемь месяцев. Так же в 2014 году Министерство здравоохранения запустило две кампании в СМИ для формирования более позитивного отношения общественности к проводящимся мероприятиям. Все затраты на услуги скрининга покрываются страховкой [29].

Дания

В 2005 г. хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ) была названа третьей причиной нарушений, которые повлияли на продолжительность жизни в Дании [19]. ХОБЛ накладывала большую ношу на систему здравоохранения Дании, вследствие частых госпитализаций, повторных обращений и длительности пребывания в стационаре. В ответ альтернативная модель предоставления услуг была предложена исследователями Университета Ольборг, специализирующимися в электронном здравоохранении и телемедицине. Была разработана пилотная программа по уменьшению повторных госпитализаций пациентов с ХОБЛ. В течение планируемого года пациенты, поставщики услуг здравоохранения, исследователи и частные компании сотрудничали с целью создания телереабилитации для пациентов с ХОБЛ. Пациентам, участвовавшим в исследовании, необходимо было проводить самооценку своего заболевания в течение четырёх месяцев, используя услуги телемедицины. Для этого пациенты получали информацию по самооценке и устройство, которое позволяет собрать и загрузить данные о здоровье, такие как кровяное давление, насыщение кислородом и функции лёгких. Данные пациента загружаются на общий портал поставщиков услуг обмена информацией. Медсёстры регулярно следят за данными больных посредством портала, с целью снабжения персонализированной обратной связи и предоставления необходимых рекомендаций. Результаты контрольной группы

показали 54% снижение повторных госпитализаций по сравнению со стандартным лечением, а также улучшение качества жизни больных [30].

Эстония

На заре 2000-х, как часть всеобъемлющей стратегии по продвижению информационных и коммуникационных технологий, правительство Эстонии выделило приоритетное направление развития электронной национальной информационной системы здравоохранения. Система была задумана для предотвращения фрагментированности, улучшения эффективности и совершенствования координации. Министерство по социальной деятельности возглавляло проект путём принятия соответствующего законодательства, разрабатывая политику и создавая необходимую нормативную базу для основания Эстонской национальной информационной системы здравоохранения (ЭНИСЗ). В 2005 году была создана Эстонская организация электронного здравоохранения (далее - Организация) для координации внедрения ЭНИСЗ и контроля за её управлением. Под руководством Организации электронные истории болезней, цифровые изображения и рецепты были внедрены в систему в конце 2000-х, в соответствии с Планом информационного развития системы здравоохранения Эстонии на 2005-2008 гг. Использование ЭНИСЗ поставщиками услуг здравоохранения является обязательным. ЭНИСЗ исполняет координирующую роль в системе здравоохранения. Портал в режиме реального времени также был внедрён в ЭНИСЗ для вовлечения больного в процесс лечения и снабжения граждан безопасным доступом к их информации о здоровье [31].

Финляндия

На заре 2000-х годов нехватка врачей в Финляндии вынудила правительство провести реструктуризацию поставщиков услуг здравоохранения, где обязанности врачей смогли бы выполнять медсёстры. В это же время университеты разработали различные программы для поддержки этих начинаний, и медсёстры начали принимать дополнительную ответственность. Последующая политика государства оказала дальнейшую поддержку продвижению роли медсестры. Законодательство, позволяющее медсёстрам выписывать определённый список медикаментов, вступило в силу в 2010 году. Передовая практика медсестёр была предназначена для автономного предоставления спектра услуг здравоохранения: консультации, назначение и выполнение диагностических манипуляций, ведение хронических больных, а также лечение некоторых острых состояний. На сегодняшний день данная практика медсестёр обслуживает около половины всех обращений в организации здравоохранения. Согласно исследованию, в сельском медицинском пункте передовая практика медсестёр в 70% случаев способна была справиться своими силами [32, 33, 34].

Франция

В ответ на снижающееся количество и региональный диспаритет врачей ВОП, особенно в сельской местности, были направлены усилия государства для реорганизации поставщиков первичной помощи в мультипрофессиональные групповые практики (МППП). МППП состоит как минимум из двух врачей ВОП и одного дополнительного медработника первичной помощи. Начиная с концепции модели в

2007 году, развитие и распространение МППП по стране сопровождалось финансовой поддержкой и политической основой. Сначала усилия по созданию МППП прилагались на региональном уровне. Региональные успехи стимулировали государственную инициативу по со-финансированию. Под руководством Департамента социальной защиты Региональные агентства здоровья обязаны проводить инициативу и нанимать МППП для участия в нём. Контракты между МППП и Региональными агентствами здоровья вознаграждаются за каждую МППП примерно по 50000€ дополнительного финансирования. Результаты показали, что МППП улучшило доступ к здравоохранению. В сравнении с традиционной медициной МППП работает большее количество часов в день, больше дней в неделю и предоставляют более широкий перечень услуг [35, 36, 37].

Италия

За прошедшие десять лет, несмотря на результаты в отношении здоровья чуть выше по стране, Региональное правительство Венеты, Италия, столкнулось с возрастающей мульти-заболеваемостью среди своего стареющего населения. Вследствие этого был запущен пилотный проект, который представил Урегулированные клинические группы. Подход позволяет выявлять пациентов с высоким риском для активного лечения, чтобы минимизировать более дорогие услуги на поздних стадиях лечения. Разработка Урегулированных клинических групп опиралась на меры, найденных в электронных медицинских записях. Они включали: клинику болезней, пол и возраст, подгруппы и отдельные лица. ВОП получили список больных с высоким риском в их географическом районе. В конечном счёте, модель оказания помощи была преобразована, вовлекая ВОП к укреплению здоровья и профилактике заболеваний, а также более тщательному наблюдению состояния больных с течением времени. Применение данной модели расширило роль медсестер, побуждая их работать в тесном сотрудничестве с ВОП. Больные и их родственники также стали больше вовлекаться в процесс лечения. Пилотный проект Венеты был осуществлён в три этапа: первый (2012-2013 гг.), как период исследования осуществимости проекта; второй (2013-2014 гг.), как период распространения; третий (2014-2015 гг.), применение во всём регионе [38].

Норвегия

Несмотря на одни из самых лучших результатов в здравоохранении в Европейском регионе ВОЗ, Норвегия столкнулась с растущим бременем хронических болезней. Во многом это связано с выбором нездорового образа жизни [39]. На заре 2000-х, после многократных попыток изменить данную тенденцию, Норвежский директорат здравоохранения запустил системный стратегический план по продвижению укрепления здоровья и профилактике болезней в муниципалитетах. Стратегия имела основу локально разработанной и успешно применяемой модели Центра здорового образа жизни. Эти Центры представляют собой муниципально управляемые сооружения, которые укомплектованы мультидисциплинарными командами специалистов ОЗ, работающих в сотрудничестве с поставщиками первичной помощи для поддержки ЗОЖ. К 2014 г. было создано более 180 Центров ЗОЖ, охватывающих около половины из 428 муниципалитетов Норвегии [40].

Россия

Снижающаяся ожидаемая продолжительность жизни и возрастающие потребности населения в здравоохранении в начале 1990-х в Российской Федерации (РФ) вызвали большую нехватку врачей для удовлетворения нужд населения. В ответ, в середине 1990-х 15 поликлиника, отвечающая за предоставление помощи 73000 жителям в 36 городских округах в Самарской области, начала собственную инициативу по расширению услуг укрепления здоровья и профилактики болезней путём продвижения роли медсестры. Медсёстры проходили тренинги от Самарского медицинского университета и Центра профессионального образования Самарской области, с дополнительным практическим обучением от врачей 15 поликлиники. Для поддержания изменений в ролях медсестёр были произведены некоторые корректировки в инфраструктуре 15 поликлиники, включая новые электронные медицинские карточки и новую систему планирования. В результате медсёстры теперь разделяли своё рабочее время между помощью врачам и самостоятельным приёмом пациентов. Примерами услуг, которые медсёстры выполняли самостоятельно, могут служить: посещения по уходу на дому, обследования по скринингу рака и тесты глюкозы крови. Дополнительно были представлены опросники со всесторонним скринингом здоровья и оценкой риска для всех пациентов 15 поликлиники. Пациенты с обнаруженными факторами риска, такими как высокое кровяное давление или курение, направляются на уроки здоровья, которые проводят медсёстры. Эти скрининги имели большой вклад для 15 поликлиники по раннему выявлению различных проблем со здоровьем. Кроме того, снизилось количество вызовов скорой помощи и госпитализаций. Зарплата поставщиков услуг здравоохранения частично основана на индивидуальной и групповой работе, мотивируя командную работу, эффективность и улучшение качества. 15 поликлиника признана лучшей инновационной практической моделью РФ и продолжает адаптироваться к изменяющимся нуждам своего населения [41].

ВЫВОДЫ

Таким образом, интеграция ПМСП и СОЗ является сложным и комплексным процессом. Её успешная реализация возможна лишь при скоординированном участии всех заинтересованных лиц. Большое значение имеет адаптация процесса к особенностям и менталитету каждой страны. Если одна модель хорошо себя зарекомендовала в одном государстве, это не является стопроцентной гарантией успеха в другом. Интеграция – непрерывный процесс, в котором правительство и население играют ключевую роль.

Прозрачность исследования

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях

Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за статью.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Nolte E., Pitchforth E. What is the evidence on the economic impacts of integrated care? - Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2014
- 2 Stein V., Barbazza E., Tello J., Kluge H. Towards people-centred health services delivery: a framework for action for the WHO European Region // Int. J. Integr. Care. – 2013. – No. 13
- 3 Укрепление систем здравоохранения, ориентированных на нужды людей, в Европейском регионе ВОЗ: рамочная основа для действий по организации интегрированного предоставления услуг здравоохранения, Европейское региональное бюро ВОЗ, Европейский региональный комитет ВОЗ: Шестидесят шестая сессия. - Копенгаген, Дания, 12–15 сентября 2016 г. - С. 10.
- 4 Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулык» на 2016-2019 годы. – Астана, 2016
- 5 Жолдасбекова А.С., Хабиева Т.Х. Новые перспективы интегрированного подхода общественного здравоохранения и ПМСП. Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ». – Алматы, 2016. – С. 7-8
- 6 Beitsch L.M., Brooks R.G., Glasser J.H., Coble Y.D. The medicine and public health initiative: Ten years later // American Journal of Preventive Medicine. – 2005. – No. 29. – P. 149-153
- 7 Bazzoli G.J. Public-private collaboration in health and human service delivery: Evidence from community partnerships // Milbank Quarterly. – 1997. – No. 75. – P. 533-561
- 8 Halverson P.K., Mays G.P., Kaluzny A.D. Working together? Organizational and market determinants of collaboration between public health and medical care providers // American Journal of Public Health. – 2000. – No. 90. – P. 1913-1916
- 9 Sloane P.D., Bates J., Gadon M., Irmiter C., Donahue K. Effective clinical partnerships between primary care medical practices and public health agencies. - Chicago, IL: American Medical Association, 2009
- 10 IOM (Institute of Medicine). Community oriented primary care: A practical assessment. - Washington, DC: National Academy Press. – 1984. – Vol. 1
- 11 Thomas G. A systematic review of COPC: Evidence for effectiveness // Journal of Health Care for the Poor and Underserved. – 2008. – No. 19. – P. 963-980
- 12 Merzel C., D’Afflitti J. Reconsidering community-based health promotion: Promise, performance, and potential // American Journal of Public Health. – 2003. – No. 93. – P. 557-574
- 13 Pickens S., Boumbulian P., Anderson R.J., Ross S., Phillips S. Community-oriented primary care in action: A Dallas story // American Journal of Public Health. – 2002. – No. 92. – P. 1728-1732
- 14 Epstein L., Gofin J., Gofin R., Neumark Y. The Jerusalem experience: Three decades of service, research, and training in community-oriented primary care // American Journal of Public Health. – 2002. – No. 92. – P. 1717-1721
- 15 Iliffe S., Lenihan P. Integrating primary care and public health: Learning from the community oriented primary care model // International Journal of Health Services. – 2003. – No. 33. – P. 85-98
- 16 Primary care and public health: Exploring Integration to Improve Population Health. – Washington: The National Academies Press, D.C., 2012. – P. 192

- 17 Tran C. H., McElrath J., Hughes P., Ryan K., Munden J., Castleman J.B., Johnson J., Doty R., McKay D. R., Stringfellow J., Holmes R.A., Myers P.D., Small P.A., Morris J.G. Implementing a community-supported school-based influenza immunization program. *Biosecurity and Bioterrorism: Biodefense Strategy // Practice and Science*. – 2010. – No. 8. – P. 331-341
- 18 C. Tran and Parker Small. Personal communication. – University of Florida, 2011
- 19 Institute for Health Metrics and Evaluation. Global burden of disease: Cause patterns. <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/arrow>. – 2015
- 20 WHO Regional Office for Europe. European Health for All Database. <http://data.euro.who.int/hfadb/>. – 2014
- 21 WHO Regional Office for Europe and Netherlands Institute for Health Services Research. Evaluation of the Structure and Provision of Primary Care in the Principality of Andorra, 2014
- 22 World Health Organization. European health for all database. <http://data.euro.who.int/hfadb/>. – 2015
- 23 Hofmarcher M., Quentin W. Austria: Health system review // *Health systems in transition*. – 2013. – No. 15. – P. 1-291
- 24 World Bank. Azerbaijan: Health Reform Project. Washington, DC: World Bank. – 2014
- 25 Ibrahimov F., Ibrahimova A., Kehler J., Richardson E. Azerbaijan: Health System Review // *Health Systems in Transition*. – 2010
- 26 National Statistical Committee. www.stat.gov.az. – 2015
- 27 Dzakula A., Saga A., Pavic N., Loncarek K., Katarina Sekelj-Kauzlaric. Croatia // *Health Systems in Transition*. – 2015. – No. 16. – P. 1-162
- 28 Ministry of Health of the Republic of Croatia. National Health Development Strategy 2012-2020. – Zagreb: Auther, 2012
- 29 Organization for Economic Co-operation and Development. Cancer Care: Assuring Quality to Improve Survival. <http://www.oecd.org/els/health-systems/Cancer-Care-Czech-Republic-2013.pdf>. – 2013
- 30 Dinesen B., Andersen K., Hejlesen O., Toft E. Interaction between COPD patients and healthcare professionals in a cross-sector telehealth-rehabilitation programme // *Studies in Health Technology and Informatics*. – 2011. – Vol. 169. – P. 28-32
- 31 Doupi P., Renko E., Giest S., Heywood J., Dumortier J. eHealth Strategies: Country Brief: Estonia. Brussels: European Commission. – 2010
- 32 Jaatinen P., Vanhatalo R., Tasanko A. How does a nurse act if there is no physician in a health station? // *Finnish medical journal*. – 2002
- 33 Delamaire M., Lafortune G. Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries // *OECD Health Working Papers*. – 2010. – P. 54, 79-82
- 34 Fagerstrom L. Developing the scope of practice and education for advanced practice nurses in Finland // *International Nursing Review*. – 2009. – No. 56. – P. 269-272
- 35 Afrite A., Bourgueil Y., Fabien D., Mousques J. The Impact of Multi-Professional Group Practices on Healthcare Supply // *Question D'économie de La Santé*. – 2013. – P. 189
- 36 Mousques J., Daniel F. The impact of multiprofessional group practices on the quality of general practice // *Questions d'économie de la santé*. – 2015. – P. 211
- 37 Mousques J., Daniel F. Multiprofessional group practices generate gains in terms of productivity and expenditures // *Questions d'économie de la santé*. – 2015. – P. 211
- 38 Tonio F., Mantoan D., Maresso A. Veneto Region, Italy // *Health systems in transition*. – 2012. – No. 14. – P. 1-138
- 39 Norwegian Knowledge Centre for Health Services. Effects of organized follow-up on behavior that may increase risk of disease in adults – executive summary. Norwegian Knowledge Centre for Health Services. – 2011
- 40 Ringard A., Sagan A., Saunes I., Lindahl A. Norway: health system review // *Health Systems in Transition*. – 2013. – No.14. – P. 1-162
- 41 American International Health Alliance. Samara and Stavropol, Russia / Iowa. http://www.aiha.com/_content/3_What%20We%20Do/Archives/HealthcarePartnerships/SamaraStavropolIowa.asp. – 2009

REFERENCES

- 1 Nolte E, Pitchforth E. What is the evidence on the economic impacts of integrated care? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2014
- 2 Stein V, Barbazza E, Tello J, Kluge H. Towards people-centred health services delivery: a framework for action for the WHO European Region. *Int. J. Integr. Care*. 2013;13
- 3 *Ukreplenie sistem zdravookhraneniya, orientirovannykh na nuzhdy lyudey, v Evropeyskom regione VOZ: ramochnaya osnova dlya deystviy po organizatsii integrirovannogo predostavleniya uslug zdravookhraneniya, Evropeyskoe regional'noe byuro VOZ, Evropeyskiy regional'nyy komitet VOZ: Shest'desyat shestaya sessiya* [Strengthening of people-centered health systems in the WHO European Region: a framework for the development of an integrated delivery of health services, the WHO Regional Office for Europe, the WHO Regional Committee for Europe in Europe: Sixty-sixth session]. Copenhagen; Denmark; 2016. P. 10
- 4 *Gosudarstvennaya programma razvitiya zdravookhraneniya Respubliki Kazakhstan «Densaulyk» na 2016-2019 gody* [The State Health Development Program of the Republic of Kazakhstan "Densaulyk" for 2016-2019]. Astana; 2016
- 5 Zholdasbekova AS, Khabieva TKh. *Novye perspektivy integrirovannogo podkhoda obshchestvennogo zdravookhraneniya i PMSP. Kazakhstanskiy meditsinskiy universitet «VShOZ»* [New prospects for an integrated approach to public health and PHC. Kazakhstan Medical University "Higher School of Public Health"]. Almaty; 2016. P. 7-8
- 6 Beitsch LM, Brooks RG, Glasser JH, Coble YD. The medicine and public health initiative: Ten years later. *American Journal of Preventive Medicine*. 2005;29:149-53
- 7 Bazzoli GJ. Public-private collaboration in health and human service delivery: Evidence from community partnerships. *Milbank Quarterly*. 1997;75:533-61
- 8 Halverson PK, Mays GP, Kaluzny AD. Working together? Organizational and market determinants of collaboration between public health and medical care providers. *American Journal of Public Health*. 2000;90:1913-6
- 9 Sloane PD, Bates J, Gadon M, Irmiter C, Donahue K. Effective clinical partnerships between primary care medical practices and public health agencies. Chicago, IL: American Medical Association; 2009
- 10 IOM (Institute of Medicine). Community oriented

primary care: A practical assessment. Washington, DC: National Academy Press; 1984;1

11 Thomas G. A systematic review of COPC: Evidence for effectiveness. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*. 2008;19:963-80

12 Merzel C, D'Afflitti J. Reconsidering community-based health promotion: Promise, performance, and potential. *American Journal of Public Health*. 2003;93:557-74

13 Pickens S, Boumbulian P, Anderson RJ, Ross S, Phillips S. Community-oriented primary care in action: A Dallas story. *American Journal of Public Health*. 2002;92:1728-32

14 Epstein L, Gofin J, Gofin R, Neumark Y. The Jerusalem experience: Three decades of service, research, and training in community-oriented primary care. *American Journal of Public Health*. 2002;92:1717-21

15 Iliffe S, Lenihan P. Integrating primary care and public health: Learning from the community oriented primary care model. *International Journal of Health Services*. 2003; 33:85-98

16 Primary care and public health: Exploring Integration to Improve Population Health. Washington: The National Academies Press, D.C.; 2012. P. 192

17 Tran CH, McElrath J, Hughes P, Ryan K, Munden J, Castleman JB, Johnson J, Doty R, McKay DR, Stringfellow J, Holmes RA, Myers PD, Small PA, Morris JG. Implementing a community-supported school-based influenza immunization program. *Biosecurity and Bioterrorism: Biodefense Strategy. Practice and Science*. 2010;8:331-41

18 C. Tran and Parker Small. Personal communication. University of Florida; 2011

19 Institute for Health Metrics and Evaluation. Global burden of disease: Cause patterns. Available from: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/arrow>. – 2015.

20 WHO Regional Office for Europe. European Health for All Database. Available from: <http://data.euro.who.int/hfad/>. – 2014.

21 WHO Regional Office for Europe and Netherlands Institute for Health Services Research. Evaluation of the Structure and Provision of Primary Care in the Principality of Andorra; 2014

22 World Health Organization. European health for all database. Available from: <http://data.euro.who.int/hfad/>. – 2015

23 Hofmarcher M, Quentin W. Austria: Health system review. *Health systems in transition*. 2013;15:1-291

24 World Bank. Azerbaijan: Health Reform Project. Washington, DC: World Bank; 2014

25 Ibrahimov F, Ibrahimova A, Kehler J, Richardson E. Azerbaijan: Health System Review. *Health Systems in Transition*. 2010

26 National Statistical Committee. www.stat.gov.az. – 2015

27 Dzakula A, Saga A, Pavic N, Loncarek K, Katarina Sekelj-Kauzlaric. Croatia. *Health Systems in Transition*. 2015;16:1-162

28 Ministry of Health of the Republic of Croatia. National Health Development Strategy 2012-2020. Zagreb: Author; 2012

29 Organization for Economic Co-operation and

Development. Cancer Care: Assuring Quality to Improve Survival. Available from: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Cancer-Care-Czech-Republic-2013.pdf>. – 2013.

30 Dinesen B, Andersen K, Hejlesen O, Toft E. Interaction between COPD patients and healthcare professionals in a cross-sector telehealth-rehabilitation programme. *Studies in Health Technology and Informatics*. 2011;169:28-32

31 Doupi P, Renko E, Giest S, Heywood J, Dumortier J. Health Strategies: Country Brief: Estonia. Brussels: European Commission; 2010

32 Jaatinen P, Vanhatalo R, Tasanko A. How does a nurse act if there is no physician in a health station? *Finnish medical journal*. 2002

33 Delamaire M, Lafortune G. Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries. *OECD Health Working Papers*. 2010;54:79-82

34 Fagerstrom L. Developing the scope of practice and education for advanced practice nurses in Finland. *International Nursing Review*. 2009;56:269-72

35 Afrite A, Bourgueil Y, Fabien D, Mousques J. The Impact of Multi-Professional Group Practices on Healthcare Supply. *Question D'économie de La Santé*. 2013:189

36 Mousques J, Daniel F. The impact of multiprofessional group practices on the quality of general practice. *Questions d'économie de la santé*. 2015;211

37 Mousques J, Daniel F. Multiprofessional group practices generate gains in terms of productivity and expenditures. *Questions d'économie de la santé*. 2015;211

38 Tonio F, Mantoan D, Maresso A. Veneto Region, Italy. *Health systems in transition*. 2012;14:1-138

39 Norwegian Knowledge Centre for Health Services. Effects of organized follow-up on behavior that may increase risk of disease in adults – executive summary. Norwegian Knowledge Centre for Health Services; 2011.

40 Ringard A, Sagan A, Saunes I, Lindahl A. Norway: health system review. *Health Systems in Transition*. 2013;14:1-162

41 American International Health Alliance. Samara and Stavropol, Russia / Iowa. Available from: http://www.aiha.com/_content/3_What%20We%20Do/Archives/HealthcarePartnerships/SamaraStavropolIowa.asp. – 2009

ТҰЖЫРЫМ

Г.Ж. ТОҚМҰРЗИЕВА, Н.Б. ЕСІМОВ, Н.Т. ИЗМАЙЛОВА

Қазақстандық «ВШОЗ» медициналық университеті. Алматы қ., Қазақстан Республикасы

АЛҒАШ МЕДИЦИНАЛЫҚ-САНИТАРЛЫҚ ЖӘРДЕМ МЕН ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ҚЫЗМЕТІ ИНТЕГРАЦИЯСЫНЫҢ КЕЙБІР АСПЕКТИЛЕРІ (ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ТӘЖІРИБЕ)

Жұмыста алғашқы медициналық-санитарлық жәрдем (АМСЖ) мен қоғамдық денсаулық сақтау қызметі (ҚДСҚ) арасындағы әр түрлі мемлекеттердегі сәтті интеграция мысалдары келтірілген. Зерттеудің мақсаты – әр түрлі мемлекеттердегі АМСЖ мен ҚДСҚ арасындағы интеграция тәжірибесін оқып тану. 2016-2019 жж. «Денсаулық» денсаулық сақтаудың мемлекеттік бағдарламасында қойылған міндеттердің бірі – қоғамдық денсаулық сақтауды (ҚДС) дамыту және аурулардың алдын алу мен басқаруды жетілдіру. Жетілдірілген АМСЖ қызметінің негізін барлық деңгейлердегі интеграция мен координация құрайды.

Негізгі сөздер: алғашқы медициналық-санитарлық жәрдем, қоғамдық денсаулық сақтау қызметі, қоғамдық денсаулық сақтау, интеграция, сектораралық әрекеттесу.

SUMMARY

G.Zh. TOKMURZIEVA, N.B. YESSIMOV, N.T. IZMAILOV

Kazakhstan Medical University "GSPH", Almaty c., Republic of Kazakhstan

SOME ASPECTS OF THE MODEL OF INTEGRATION BETWEEN PRIMARY HEALTH CARE AND PUBLIC HEALTH SERVICE (INTERNATIONAL EXPERIENCE)

The paper presents examples of successful integration between primary health care (PHC) and public health service (PHS) in different

countries. The aim of the study is to investigate the experience of integration between PHC and PHS in different countries. One of the tasks that were identified in the State Health Development Program "Densaulyk" 2016-2019 is the development of public healthcare (PH) system and the improvement of prevention and management of diseases. The basis of an improved PHC system is integration and coordination at all levels.

Key words: *primary health care, public health service, public healthcare, integration, intersectoral collaboration.*

Для ссылки: Токмурзиева Г.Ж., Есимов Н.Б., Измаилова Н.Т. Некоторые аспекты модели интеграции первичной медико-санитарной помощи и службы общественного здоровья (международный опыт) // Медицина (Алматы). – 2017. - №11 (185). – С. 9-16

Статья поступила в редакцию 15.09.2017 г.

Статья принята в печать 16.10.2017 г.