

**ОБЩАТА МЕДИЦИНСКА ПРАКТИКА- ПЪРВО НИВО НА ЗДРАВНИ УСЛУГИ  
В ЗДРАВЕОПАЗНИТЕ СИСТЕМИ**

**Алекова С.\***

*\* Секция «Обща медицина», Медицински факултет,  
Тракийски университет, гр. Стара Загора  
sevdalina.alekova@abv.bg*

**GENERAL PRACTICE- THE FIRST LEVEL OF HEALTH CARE IN THE HEALTH  
SYSTEM**

**Alekova S. \***

*\* Section of General medicine, Faculty of Medicine, Trakia University,  
11 Armejska str., Stara Zagora, Bulgaria  
sevdalina.alekova@abv.bg*

**ABSTRACT:**

The primary outpatient health care often is presented as base of health systems. A number of studies, which compared Primary outpatient health care internationally, provide evidence of benefits of development of strong General Practice in terms of better opportunities to control costs, improve quality of care, better health of the population and, smaller socio-economic inequalities in health. It was reviewed, compared and analyzed data from international, world and national researchs, reports and publications in connection with the set themes about Primary outpatient health care and its key role in health systems.

Strong primary outpatient health care with an increasing role of GPs as a "gatekeeper" of medical institutions and coordinators in the treatment of patients with multiple health problems is a real global trend as pledge for the effective functioning of health systems.

**KEY WORDS:** GENERAL PRACTICE, EUROPEAN COUNTRIES, PRIMARY HEALTH CARE

**УВОД:**

В здравната политика, силната първична медицинска помощ се разглежда като ключ към справяне с предизвикателствата, пред които са изправени европейските здравеопазни системи. (2) Няколко положителни ефекти на силна първична медицинска помощ са били документирани в литературата, а именно по-добри резултати за здравето посредством ранна превенция, профилактика и лечение, по-добри възможности за ограничаване и намаляване на разходите в здравеопазването. ( 2, 3, 5, 22, 23, 27, 28, 29, 30)

Специфични цели на действащите здравни системи и организации на общественото здраве в Европейския съюз са лесен достъп до медицинска помощ, високо качество на здравните услуги и финансова жизнеспособност. Макар, че тези приоритети в областта на здравеопазването за европейският гражданин са идентифицирани в по-обща рамка и обхват на предоставяните здравни услуги, на европейския континент са на лице значителни различия в структурите, процесите и резултатите на здравните системи в отделните държави. (1, 4, 5, 6, 15, 16, 18, 21, 22) Ролята и мястото на първичната здравна помощ в здравеопазната система на всяка страна варира. Скандинавските страни, Великобритания, Холандия имат силно развита първична извънболнична помощ, докато в други страни като Австрия, Германия или Гърция първичната здравна помощ е по-малко разработена и все още няма нужното признание от пациентите и здравните специалисти. Съществуват обаче достатъчно доказателства, че силна първична медицинска помощ води до по-добри резултати за здравето на популациите при по-ниски разходи. Проведените международни

изследвания в тази област улесняват сравнението между качеството и обема на здравните услуги и получените здравни резултати, което позволява да бъдат определени "моделите за добри практики". (6)

### **ЦЕЛ:**

Основната цел на изнесеня доклад е да представи кратък обзор за развитието на първичната извънболнична медицинска помощ в Европейския регион и нейното водещо място в действащите здравеопазни системи.

### **МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ:**

За реализиране на поставената цел бяха разгледани, сравнени и анализирани данни от международни, световни и национални изследвания, доклади и публикации във връзка с нивото на развитие на Първичната Извънболнична Медицинска Помощ и нейната ключова роля в европейските здравни системи.

### **ДИСКУСИЯ:**

„Една от най- сложните системи в социално- културната сфера е тази на здравеопазването.“ (39) Според Е. Делчева сложността произтича от многообразните форми на здравните структури, на финансиране и отношения, преплитачи се в тях- пазарни, квазипазарни и непазарни регулации и дерегулации, икономически и административни, етични и неетични. (39) За преодоляването на тези предизвикателства, с които се сблъскват системите на здравеопазване, правителствата на чуждестранните държави провеждат реформи в системите на здравеопазване и здравно осигуряване с различен темп, дълбочина и интензивност. (38) В хода на тези „модификации и нововъведения“ в здравния сектор са били решавани различни трудности и проблеми, характерни за отделните национални системи на здравеопазване и в пряка зависимост от специфичните политически, исторически, културни и социално- икономически дадености за всяка страна. (38) В страните от Европейския съюз този процес на проучване и намиране на най- правилните и верни пътища за прогресивни промени в здравеопазните структури стартира още от средата на осемдесетте години на XX век. Тези реформи имат своята специфика по отношение на реформата, провеждана у нас, която се изразява във факта, че те протичат в страни, които са решили своите базисни проблеми в здравеопазването и в достъпа до качествена здравна помощ и отделят около 8-11 на сто от брутният вътрешен продукт (БВП) за нуждите на здравеопазването.

Силната организация на първична извънболнична медицинска помощ често бива разглеждана като основна, отправна точка, определяща ефективността на системите на здравеопазване. Посредством пет водещи индикатора авторския колектив на Kringos (I.Kringos DS. и други) изследва тази зависимост сред 31 европейски страни - двадесет и седем държави-членки на Европейския съюз, както и в Швейцария, Турция, Норвегия и Исландия.(1) За индикатори, определящи ефективността и качеството на предлаганата първична здравна помощ са избрани структура, достъпност, координация, последователност/ непрекъснатост/, всеобхватност. Тенденции, които се установяват в разгледаните европейските страни по съответните индикатори се констатираат и в научните трудове и публикации на други чужди експерти и изследователи. В повечето от разгледаните страни членки на ЕС управлението на първичната здравна помощ се осигурява от местни и регионални власти, т.е предимно децентрализирано. Качеството

на здравните грижи се контролира посредством минимални въведени стандарти, включително професионално обучение, клинични насоки, и права на пациентите. (8, 9, 11, 12) Правила за продължаващо медицинско образование често отсъстват, и клиничните насоки в областта на първичната медицинска помощ в повечето случаи се определят от медицински специалисти или министерства на здравеопазването. От икономична гледна точка е налице ясна граница между източна и западна Европа при сравнително ниво на разходите за здравеопазване и приходите на доставчиците. (1, 11, 19, 20, 21) Приходите на доставчиците на първични здравни грижи в Източна Европа често са много по-ниски, отколкото доходите на медицинските специалисти. (9, 10, 14, 15, 16, 21, 22) В повечето европейски страни, семейните лекари са основните изпълнители на първична медицинска помощ, работят като независими предприемачи и възнагражденията им се допълват предимно чрез разнообразни свързани с резултатите финансови стимули /предимно за извършена дейност/.

При разглеждане състоянието на работната сила в общата практика, основни предизвикателства представляват застаряването на фамилените лекари и недостатъчната подмяна и бързо включване на ново попълнение, което определя евентуален недостиг в следващото десетилетие. На фона на тази смущаваща тенденция, приблизително една пета от всички студенти по медицина в европейските страни избират да продължат следдипломното си обучение в сферата на общата медицинска практика, което допълнително затруднява обезпечаването с млади кадри в този сектор.

От географска гледна точка, семейните лекари са неравномерно разпределени в рамките на страните. На лице са и големи различия в осигуряването на първични медицински грижи за населението в отделните европейски страни. В почти половината от страните, има финансови пречки в достъпа до ОПЛ, като пациентите често се налага да плащат част от разходите за посещение. Организационните мерки, които се прилагат за улесняване и подобряване на достъпа са консултации по телефона или интернет, системи за запазване на предварителен час, както и предлагане на консултации за специални групи пациенти. (3, 14, 15, 16, 17) Осъществяването на домашни визити от личния лекар търпи силно различие в цяла Европа. Осигуряването на неотложна помощ извън работно време също е организирано по различен начин. Тези услуги могат да бъдат предоставена от ОПЛ на базата на ротация и заместване или в по-големи структури като ОПЛ- кооперации и други. В няколко страни ( Кипър, Естония, Латвия и Литва) все още тази отговорност се поема от спешните отделения към болниците. (14, 17, 20, 21) Сравнително пълен набор от здравни услуги за първична медицинска помощ, включващи както лечебни, така и превантивни дейности се предлагат в Белгия, Финландия, Франция, Литва, Норвегия, Португалия, Испания, Швеция и Обединеното кралство. (1, 3, 17, 22)

Общите медицински практики са съвременно оборудвани в цяла Европа. Ролята на ОПЛ като първи контакт на пациента със здравеопазната система е застъпена в страни с действаща функция за сезиране. Участието на медицински сестри в практиката за първична медицинска помощ в предоставянето на медицински технически процедури е незначително, маргинално, като в това отношение изключение правят Великобритания и Испания. ОПЛ осигурява по- широк обхват от услуги в страни, където соло практиките са по- доминиращи. ( 17, 20, 22)

Пациентски регистър към ОПЛ или т.нар. "списък система" не се използва в Австрия, Белгия, Кипър, Франция, Германия, Ирландия, Люксембург, Малта, Швеция, или Швейцария. В изброените страни гражданите имат право на свободен избор до

всеки личен лекар. Въпреки това, дори и в тези страни, много хора обикновено посещават същия ОПЛ. Сравнително големи списъци от пациенти се срещат в общите практики в Австрия, Финландия, Германия и Холандия. ( 1, 3, 17, 19, 20)

Все още използването на компютърните технологии в областта на първична медицинска помощ с научно- изследователски цели, както и за обмен на информация с колеги, за дейностите на общественото здраве са слабо застъпено. Водещо приложение на компютрите е воденето на медицинска отчетност. В повечето европейски страни пациентите са сравнително недоволни от комуникационните умения на доставчиците на първични грижи, така и от продължителността на консултацията (например в Германия, Литва и Великобритания). Удовлетворението е по-високо когато има изградена връзка на доверие и партньорство със семейния лекар. Европейския пациент изпитва нужда да бъде здравно информиран от личните лекари за възможностите за лечение. ( 13, 14, 22)

Системи за сезиране ( препращане) са основни условия за координация и са въведени под някаква форма в голяма част от европейски държави. В около половината от страните такива системи са задължителни при посещение на всички или повечето от медицинските специалисти.(17) Това са Финландия, Малта, Литва, Холандия, Норвегия, Португалия, Румъния, Словения, Испания, Швеция и Обединеното кралство. В Чехия, Дания, Финландия, Франция, Гърция, Исландия, Ирландия, Малта, Полша, Словакия, консултацията при лекар- специалист без направление има финансови последици по отношение на джобни плащания. (1, 3, 20, 22, 17) Пречки за директно посещение на медицинските специалисти липсват или са ниски в Австрия, Белгия, Кипър, Германия, Люксембург, Швейцария и Турция. (15, 17, 20) В почти половината от страните в Европа, само практиките са основната форма. ОПЛ, който работи в съвместни практики има възможност за срещи и обмяна на опит с колеги, както и за организиране на клинични сесии. Сътрудничеството и координация между общопрактикуващите лекари и медицинските специалисти е проблематично в много страни. (1, 3, 17, 20, 22)

Наблюдават се зависимостите, при които страни с по-цялостна и силна структура на първични здравни грижи имат по-бавен темп в увеличението на разходите за здравеопазване от държавите с по-малък обхват първичната медицинска помощ. В същото време страните с добре развита система за първична здравна помощ са свързани с повишени разходи за здравеопазване. (22, 23, 24) Така въпреки поддържането на силна ПИМП, предлагаща здравни услуги за превенция и лечение на широк обхват от здравни проблеми, която спестява нуждата от скъпоструващи грижи в следващите по – горни нива на здравна помощ, тази базисна, първична помощ се оказва водач на разходи. ( 26, 27, 28, 29, 30, 191 ) И все пак изграждането и поддържането на силни структури за първична медицинска помощ би насърчило развитието на здравната политиката в посока към децентрализация при доставка на медицински услуги, прилагането на подходящи финансови механизми, както и стабилна образователна система за специалистите на първична медицинска помощ.( както е в Дания, Великобритания, Холандия и други страни показани на фигура 1.) (22, 25, 26) При изследване приложението на холистичният подход и проявата на емпатично отношение, редица автори установяват, че е твърде трудно да бъдат оценени качеството на тези немедицински аспекти в общите медицински практики. В научни изследвания за мнението на пациента, голяма част от европейските граждани се нуждаят от по-добра комуникация и разбиране от страна на техния личен лекар. (16, 26, 27, 28, 29,

30, 40, 41 )

Във всички разгледани и анализирани изследвания се потвърждават положителните асоциации за поддържането на силна и добре структурирана първичната извънболнична медицинска помощ, посредством която могат да бъдат избегнати в значителна степен ненужни хоспитализации. Резултатите на голям брой проучвания от чужди специалисти показват, че при ефективно действаща ПИМП, покриваща критериите за достъпност, всеобхватност и координация, значителна част от популацията може да бъде лекувана в рамките на първото ниво на здравни грижи и да бъде спестен и намален болничния престой. Силната Първична здравна помощ е свързана и с подобряване на популационното здраве и намаляване на социално-икономическото неравенство. Крингос и колектив разглеждат тази закономерност посредством анализирани на здравните показатели на пациенти с хронични заболявания, мониторирани и лекувани в условията на първичната медицинска помощ. ( 1, 28, 29) Като цяло повечето научни доказателства са в подкрепа за развитието на силна ПИМП, която благоприятства постигането на важни цели в здравеопазните системи в отделните държави. (22, 23)

Европейските страни се различават по начина на укрепване и засилване позициите на първичната здравна помощ в здравните им системи. Още през 2003 г. Macinko и колектив характеризират страните от западна Европа , въз основа на съставен индекс за силата и ефективността на предоставяните първични здравни услуги, отчитайки националните политики, финансиране на здравеопазването, обобщено като преобладаващи доставчици на първичните грижи, поделение на разходите за първична медицинска помощ, списъци на пациентите и въведен gatekeeping. (31) Groenewegen и съавтори са направили сравнителен анализ на две групи страни от Източна, Централна и Западна Европа, които имат по- слабо изразена роля на първичната здравна помощ. (22) Изследователите разглеждат методите и подходите, които тези държави прилагат за подобряването ефективността на първичните здравни грижи. В първата разглеждана група са включени страни- членки на ЕС-Германия, Франция и Белгия с идентифицирани политики за укрепване на първичната медицинска помощ чрез малки стъпки, характеризиращи се с слаби стимули и с доброволна основа за доставчиците на здравни услуги и за пациентите. Втората група включва страните Естония, Беларус и Литва, които са трансформирали в различна степен своите основани на поликлиничен принцип функциониращи здравни системи към системи, ориентирани към развитие на обща медицинска практика.

При страните със социално здравно осигуряване или Бисмарк системи, организацията на ПИМП е предимно в ръцете на семейния лекар, като липсва функцията "gatekeeping" , както и отсъствие на пациентски регистър. Силен акцент е поставен върху свободата на избор, както на доставчиците на здравни услуги (на "свободните професии"), и на пациентите - свобода да посетят лекар по техен избор, било то в първичното или вторично ниво на здравна помощ. Като ограничение в търсенето на здравни услуги е канализирано доплащането им. (32,34) Организационният мащаб е малък, с висок дял на единичните практики за първични здравни грижи, с малък помощен персонал и слабо сътрудничество с другите здравни специалисти. И в трите случая ( Франция, Белгия и Германия) системата работи чрез стимули за пациентите - по-ниски доплащания за здравни услуги от личен лекар и по-високо възстановяване на разходите за специализирани грижи. Допълнително са въведени и фиксирани такси за пациенти, които се регистрират при семеен лекар в

Германия и Белгия, както и за някои категории пациенти във Франция. Покритието на системите варира: около 20% в Германия, близо до 50% в Белгия и 80% във Франция. (20. Kringos DS. )

Държавите от Източна и централна Европа, или страни на т. нар. „преход“ под действие на вътрешен (липса на ефективност, влошаване на здравните резултати) и външен натиск (за присъединяване към ЕС и спазване на съответните правила) са стартирали реформи в своите здравни системи и са се опитали да въведат някаква форма на социално здравно осигуряване. (32, 33, 35, 36) В много страни първичната извънболнична помощ е и отправна точка за реформи. (32, 34, 35, 36) Въведена бе ролята на семейния лекар като „пазач на портите“ за по-високи и специализирани нива на медицинска помощ. Приет бе модел на финансиране дейността на ОПЛ с превалиращ компонент- капитация. Предизвикателство за повечето страни от Източна Европа се оказа обучението и преквалифицирането на областни интернисти / терапевти и областни педиатри, които да поемат нова роля в децентрализирана и често приватизирана първична медицинска помощ. Беларус и страните от бившия Съветски съюз, които все още не са членове на ЕС като цяло, са приели по-консервативни политики за промяна в здравните си системи. Едновременно функционират поликлиники в градовете и медицински практики за първична извънболнична медицинска помощ в селските райони. (22, 23, 36, 37) ОПЛ съумява да отговори на здравните потребности на хората и техните семейства в по- малките населени места и активно участва в управлението на хроничните заболявания. (21 )

Като цяло има много различни политически инициативи в Европа, насочени към укрепване на първичната медицинска помощ. Съдържанието на тези политики се различават в зависимост от историята и контекста на системите за здравеопазване. Различията са свързани и със спешността на въведените реформи и достъпността на разходите за здравеопазване (т.е състоянието да се рискува по- голямо увеличение на публични разходи за здравеопазване). Силната първичната медицинска помощ се характеризира със своя „общопрактикуващ подход“, който разглежда пациента в контекста на неговата социална и семейна среда, с достъпността, непрекъснатостта, всеобхватността и координацията в осигуряването на здравни грижи. В същото време се наблюдава тенденция в промяна търсенето на здравни нужди поради засилването на демографските и социално-културни различия. Хората живеят по-дълго, но не задължително в добро здраве. Много от възрастните пациенти имат многобройни и сложни здравословни проблеми. Индивидите са по-добре образовани и по-взискателни като пациенти. Увеличава се и разнообразието в културният фон на пациента в резултат на сложни и многобройни миграционни потоци. Тези социално-културни промени изискват и повече грижа към пациентите. Правителствата в Европейския регион са изправени пред нарастващите искания за по- качествено здравеопазването при ограничени ресурси и увеличаване на неравенството по отношение на здравето. Това определя здравните потребности на пациентите да бъдат признати като водещи, в центъра на действащите здравни политики. В повечето европейски страни се прилага оценката на пациента за получените медицинските грижи като систематичен метод за контрол върху здравните проблеми сред население, което води до съгласуване на приоритети и разпределението на ресурси в посока максимално подобряване здравето и намаляване на неравенствата. Това е жизнено важен инструмент за планиране и предлагане на ефективно здравеопазване на ниво семейства, общности и групи от населението.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Силната позиция на първичните здравни грижи в бъдеще неимуемо ще изисква отново поредица от промени, реформи и адаптации в почти всяка държава. От голямо значение за подобряване качеството на обслужване в системата на ПИМП ще е подобряването на медицинското образование и обучение, въвеждането на нови практически модели като екипи за първична медицинска помощ, на нови модели на реимбурсиране като плащане за изпълнение на извършена дейност, базирано спрямо здравните нужди или ориентирана към резултат капитация. (1, 20, 28 ) Въпреки че "моделите за добри практики" се основават на резултати от дългосрочни и продължителни изследвания на предлаганите здравните услуги и крайния ефект отчитащ постигнатите положителни здравни показатели за населението, тези организационни подходи не е задължително да бъдат приложени директно в други държави, поради големите разлики в европейските системи на здравеопазване и социалните възгледи. (2, 3, 4, 7, 8)

### БИБЛИОГРАФИЯ:

1. Kringos, DS. , Boerma, W. , Van der Zee,J., Groenewege,P. Europe's Strong Primary Care Systems Are Linked To Better Population Health But Also To Higher Health Spending, *Health Aff* April 2013 vol.32 no.4 686-694, doi: 10.1377/hlthaff.2012.1242
2. Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, et al. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Serv Res* 2010; 10(1): 65
3. Sixty-Second World Health Assembly. Primary health care, including health system strengthening. Resolution WHA62.12, 22 May 2009. [http://www.who.int/hrh/resources/A62\\_12\\_EN.pdf](http://www.who.int/hrh/resources/A62_12_EN.pdf)
4. Travis P, Bennett S, Haines A, et al. Overcoming health-systems constraints to achieve the Millennium Development Goals. *Lancet* 2004; 364(9437): 900–906
5. United Nations. A/RES/55/2: United Nations Millennium Declaration: resolution adopted by the General Assembly. New York, NY: United Nations, 2000
6. De Maeseneer J, van Weel C, Roberts R. Family medicine's commitment to the MDGs. *Lancet* 2010; 375(9726):1588–1589
7. Rohde J, Cousens S, Chopra M, et al. 30 years after Alma-Ata: has primary health care worked in countries? *Lancet* 2008; 372(9642): 950–961
8. Hongoro C, McPake B. How to bridge the gap in human resources for health. *Lancet* 2004; 364(9443): 1451–1456
9. Mackenbach JP, Meerding WJ, Kunst AE. Economic costs of health inequalities in the European Union. *J Epidemiol Community Health* 2010; 65(5): 412–419
10. Mills M. Individualization and the life course: towards a theoretical model and empirical evidence. In: Howard C (ed). *Contested individualization: political sociologies of contemporary personhood*. Basingstoke: Palgrave MacMillan, 2007; 61–79
11. Organisation for Economic Co-operation and Development. *The looming Crisis in the Health Workforce: how can OECD countries respond?* Paris: OECD, 2008
12. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet* 1994; 344: 1129–1133
13. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health system and health. *Milbank Q* 2005; 83: 457–502
14. Koppel A, Meesaar K, Valtonen H, et al. Evaluation of primary health care reform in Estonia. *Soc Sci Med* 2003; 56: 2461–2466

## Science & Technologies

15. Kringos DS, Boerma WGW, Spaan E, et al. A snapshot of the organization and provision of primary care in Turkey. *BMC Health Serv Res* 2011; 11(1): 90
16. Boerma WGW, Groenewegen PP, Van der Zee J. General practice in urban and rural Europe: the range of curative services. *Soc Sci Med* 1998; 47(4): 445–453
17. Commonwealth Fund, Report- International Profiles of Health Care Systems, 2014: Australia, Canada, Denmark, England, France, Germany, Italy, Japan, The Netherlands, New Zealand, Norway, Singapore, Sweden, Switzerland, and the United States, 2014
18. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Co-operation and Development (OECD), 1970–1998. *Health Serv Res* 2003; 38(3): 831–865
19. Kringos DS, Boerma WGW, Bourgueil Y, et al. The European Primary Care Monitor: structure, process and outcome indicators. *BMC Fam Pract* 2010; 11(1): 81–98
20. Kringos DS. The strength of primary care in Europe. Utrecht: NIVEL/University of Utrecht, 2013.
21. Liseckiene I, Boerma W, Milasauskiene Z, Valius L, Miseviciene I, Groenewegen PP. Primary care in a postcommunist country 10 years later: comparison of service profiles of Lithuanian primary care physicians in 1994 and GPs in 2004. *Health Policy* 2007; 83(1): 105–113
22. Groenewegen, P.P., Dourgnon, P., Greß, S., Jurgutis, A., Willems, S. Strengthening weak primary care systems: steps towards stronger primary care in selected Western and Eastern European countries. *Health Policy*: 2013, 113(1), 170-179
23. Svab, I. Family Medicine East of Eden, *Rev Port Med Geral Fam* 2012;28:83-4
24. Schoen C, Osborn R, Doty MM, Squires D, Peugh J, Applebaum S. A survey of primary care physicians in eleven countries, 2009: perspectives on care, costs, and experiences. *Health Aff (Millwood)*. 2009;28(6): w1171–83. DOI: 10.1377/ hlthaff .28.6.w1171
25. William E Cayley Jr, Lesley Pocock, Victor Inem, Global Competencies in Family Medicine, *World Family Medicine journal Incorporating the MIDDLE EAST JOURNAL OF FAMILY MEDICINE VOLUME 8 ISSUE 6, July 2010, ISSN 1448-4196, 19- 32*
26. Samuelson M., Tedeschi P., Aarendonk D., De la Cuesta C., Groenewegen P., Improving interprofessional collaboration in primary care: Position Paper of the European Forum for Primary Care Quality in Primary Care 2012;20:303–12 # 2012 European Forum for Primary Care
27. EPHA Position Paper, Reforming Health Systems in Times of Austerity, 2013, Brussels, Belgium, [www.eph.org/a/5540](http://www.eph.org/a/5540), European Public Health Alliance (EPHA)
28. Kringos DS., Boerma W., Bourgueil Y., Cartier T., Dedeu T., Hasvold T., Hutchinson T., Lember M., Oleszczyk M., Pavlic R. D. , Svab I., Tedeschi P., Wilm S., Wilson A., Windak A., Van der Zee J. , Groenewegen P. The strength of primary care in Europe: an international comparative study, *British Journal of General Practice*, November 2013
29. Truswell A St., Hiddink J G., Lawrence, Green W L., Roberts R., Van Weel Cr. Practice-based evidence for weight management: alliance between primary care and public health, *Family Practice* 2012; 29:i6–i9 doi:10.1093/fampra/cmr 058
30. Van Avendonk MJP, Mensink PAJS, Drenthen T, van Binsbergen JJ. Primary care and public health a natural alliance? The introduction of the guidelines for obesity and under nutrition of the Dutch College of general practitioners. *Fam Pract* 2012; 29 (suppl 1): 31– 35
31. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health



## Science & Technologies

outcomes within OECD countries, 1970–1997. *Health Services Research* 2003; 38:831–65

32. Kornai J, Eggleston K. Choice and solidarity: the health sector in Eastern Europe and proposals for reform. *International Journal of Health Care Finance and Economics* 2001; 1:59–84

33. Håkansson A, Ovhed I, Jurgutis A, Kalda R, Ticmane G. Family medicine in the Baltic countries. *Scandinavian Journal of Primary Care* 2008; 26:67–9

34. Busse R. Health care systems in EU pre accession countries and European integration. *Arbeit und Sozial politik* 2002;(5–6):41–50

35. Koppel A, Meiesaar K, Valtonen H, Metsa A, Lember M. Evaluation of primary health care reform in Estonia. *Social Science and Medicine* 2003; 56:2461–6

36. Rechel B, McKee M. Health reform in Central and Eastern Europe and the former Soviet Union. *Lancet* 2009; 374:1186–1195

37. Hakansson A, Ovhed I, Jurgutis A, Kalda R, Ticmane G: Family medicine in the Baltic countries. *Scand J Prim Health Care* 2008, 26(2):67–69.

38. Peggy Watson, *Health Care Reform and Globalisation. The US, China and Europe in Comparative Perspective*, 2013, London and New York, ISBN: 978-0-203-10678-5 (ebk)

39. Делчева, Е. Икономически параметри на съвременната здравна реформа, Икономически алтернативи, брой 3, 2007, с. 14- 25

40. Worldwide Governance Indicators Project [web site]. Washington, DC, World Bank, 2013, <http://info.worldbank.org/governance/wgi/resources.htm,2013>

41. Здраве 2020: Европейска политическа рамка в помощ на действията на институциите и обществото за здраве и благосъстояние, СЗО, с. 5- 10

Фигура 1. Степен на развитие на системите за Първична извънболнична медицинска помощ в Европа. Източник : Kringos at all, 2012

червено- страна със слаба структура на ПИМП

жълто- страна със средно развита структура на ПИМП

зелено-страна със силна структура на ПИМП

