

# Первичная медико-санитарная помощь и ее развитие

Комаров Ю.М., докт. мед. наук, проф., засл. деят. науки РФ, член  
Бюро исполкома Пироговского движения врачей, действ. член  
WONCA, член Комитета гражданских инициатив

E-mail: [drkomarov@mail.ru](mailto:drkomarov@mail.ru)

Site: [komarov.viperson.ru](http://komarov.viperson.ru)

Тел. 8-903-237-0308

# Национальная система охраны здоровья (НСОЗ)

Развилка первая в соответствии с Конституцией  
РФ:

-охрана здоровья

-оказание медицинской помощи

Низовой уровень НСОЗ - ПМСП

# Охрана здоровья

1. **Цель:** улучшение здоровья населения
2. **Что входит:** бедность и здоровье, питание и здоровье, питьевая вода и здоровье, условия труда и здоровье, стресс и здоровье, окружающая среда и здоровье, наследственность и здоровье и т.д. Создание условий для мотивированного ведения здорового образа жизни (ЗОЖ)
3. **Ответственность:** первые лица государства
4. **Методология:** межсекторальный подход, социальная профилактика
5. **Нужна:** Национальная программа охраны здоровья (а не развития здравоохранения) на базе научных исследований по п.3

# Основания системы охраны здоровья

1. «Эпоха тысячелетнего преобладания лечебной медицины завершается и наступает эра профилактической медицины (и охраны здоровья)» (Генри Сигерист, известный американский историк медицины, 1937)
2. Знаменитое Фремингхемское исследование (1952, США): ИБС- болезнь века
3. Вторая эпидемиологическая революция- переход от преобладания инфекционных болезней к хроническим дегенеративным (середина XX века), концепция факторов риска (индивидуальных и популяционных)
4. Улучшение здоровья: Алма-Атинская декларация 1978 г. стратегия ВОЗ «Здоровье для всех», Оттавская хартия 1986 г.

# Приоритеты в других странах

В США при самых больших в мире расходах на здравоохранение (10772 долл. на душу населения, в т.ч. 37.7%-4062 долл. из бюджета и 62.3%-6710 из др. источников) в программе «Healthy people-Здоровые люди» (1990-2000, 2000-2010, 2010-2020) было выделено 22 приоритетных направления.

Предыдущая программа (1980-1990)- **Health promotion. Diseases prevention. Objectives for the Nation.**

Но не все страны могут себе такое позволить. Например, в завершившейся в конце 2010 г. британской программе «**Здоровье нации**» было обоснованно (и это обоснование представляет собой особый интерес) выделено всего 4 приоритетных направления.

В США по федеральной программе Medicare всего **4%** пожилых потребляли **32%** средств по программе. В Швеции **10%** больных потребляли **79%** объемов стационарной помощи.

Весь мир старается не «**допустить**» пациента до стационарного лечения и до дорогостоящих высоких технологий

# Ответственность

В 1998 г. при Президенте США создан **Национальный совет по качеству** медицинской помощи. 30 ноября 1999 г. Институт медицины США опубликовал результаты многолетних исследований о врачебных ошибках (погибает в год от 44 тыс. до 98 тыс.- 8 причина смертности). 7/12-1999 г. Президент отчитывался на Конгрессе и поручил Совету по качеству в течение 3-х месяцев разобраться.

# Ответственность-2

**Milton Terris** (главный редактор ж. Public Health Policy) считал грубой ошибкой смешение понятий в США системы оказания медицинской помощи и национальной системы здравоохранения.

А бывший Генеральный директор ВОЗ г-жа **Гру Харлем Брундланд** заявляла, что настоящими министрами здравоохранения являются Президент и Премьер страны, только они это не знают.

# Главные тенденции развитого здравоохранения-1

- - преимущественное увеличение вложений не в предложение (производство товаров и услуг), а в спрос, т.е. непосредственно в людей, **в их здоровье, образование, трудоспособность и социальную поддержку**; там есть понимание того, что первичным является спрос, который найдет свой отклик в предложении.
- - существенное **повышение ответственности государства** за охрану здоровья и возведение охраны здоровья в ранг **высокоприоритетной государственной политики** с ответственностью **первых лиц** государства за здоровье нации
- -значительный **рост расходов** на здравоохранение, по темпам опережающий рост ВВП, что обусловлено не столько инфляционными процессами, сколько старением населения, ростом заболеваемости и нетрудоспособности, внедрением новых технологий, которые практически всегда дороже предыдущих, и т.д.
- -абсолютно добровольное повышение роли **крупного бизнеса** в ответственности перед своей страной и в готовности вложения своих средств в решение социальных проблем в стране, включая финансирование возрастающих расходов на здравоохранение

# Главные тенденции развитого здравоохранения-2

- - разработка программ и концепций **улучшения здоровья нации (!)**, а не как у нас принято, улучшения или развития здравоохранения, что не является совпадающим по целям, задачам и ресурсам
- -понимание того, что **кризис- это не лучшее время** для структурных реформ и в период кризиса долгосрочные прогнозы, программы, концепции не могут быть популярными в связи с возможными отдаленными негативными последствиями принимаемых сегодня решений
- -отсутствие любых, даже самых цивилизованных рыночных отношений в здравоохранении, поскольку **рынок** всегда имеет своей целью извлечение прибыли (а это не самоцель охраны здоровья), а здоровье- это **фундаментальное право**, а не товар
- -умение обоснованно определять и выделять **приоритеты** в охране здоровья и фокусировать на них преимущественное внимание
- -акцентирование усилий на массовой, групповой и индивидуальной **профилактике** болезней, на **раннем** выявлении заболевания, когда лечение может быть наиболее эффективным, и на **ПМСП**, на что направляются основные средства и силы (в ПМСП заняты до 50% всех врачей).

# Здравоохранение и экономика-1

Традиционно возможности экономики оцениваются через **демографическую нагрузку** (ДН) и **производительность труда**. При этом число детей суммируется с числом пожилых, делится на число лиц в трудоспособном возрасте и умножается на 1000, т.е. определяется сколько нетрудоспособных содержит 1000 трудоспособных.

В России, например, к 2026 г. ДН может составить 978, в т.ч. 52.2% за счет пенсионеров и 47.8%- за счет детей. В странах Запада ДН выше, но там выше производительность труда и больше доля трудоспособных занята в реальной экономике, что позволяет лучше справляться с социальными проблемами.

В РФ экономически активное население в возрасте 15-70 лет составляет 54%, что вроде неплохо. Однако если из них **исключить** все армейские службы и подразделения, сотрудников правоохранительных органов, работников всех инспекций, чиновников, работников МИД и загранучреждений, служащих федеральных министерств и ведомств, клерков различных фондов, священнослужителей, нотариусов, адвокатов, заключенных, безработных, охранников и др, т.е. тех, кто ничего **не производит** и существует за счет бюджета и производительной части населения, то эта доля уменьшится до 16,1%, включая студентов, домохозяек, беспризорных, бомжей, вынужденных переселенцев, беженцев.

*Остаток от них и составляют производительные силы, которые надо беречь и которым нужно хорошо платить, поскольку от них зависит производительность труда и развитие страны*

# Здравоохранение и экономика-2

Традиционно для оценки **потерь** по медицинским причинам используются показатели преждевременной смертности, стойкой (инвалидность) и временной утраты трудоспособности, т.е. **невыходы на работу**.

Однако, не меньшие потери формируются в результате **скрытого бремени болезней**, когда люди при недомогании (зубная и головная боль, боль в спине, менструальные проблемы, простуда, проблемы органов пищеварения и т.д.) выходили на работу, что составляет 65% всех потерь по медицинским причинам и значительно увеличивает **упущенную** выгоду.

В среднем (без отпуска) на 1 работника приходится за год 41.5 дней таких трудовых потерь.

Этот феномен получил название **«презентизма»**, т.е. потерь рабочего времени по медицинским причинам при физическом присутствии на рабочем месте.

# Обоснованный выбор приоритетных направлений-1.

Хорошо известно, что параллельно и одновременно развивать все службы охраны здоровья и все виды медицинской помощи **невозможно**, т.к. даже в самых богатых странах на это не хватит необходимых средств. Отсюда следует такая закономерность: чем меньше денег, тем выше роль и значение **приоритетов**. Поэтому нужно уметь на каждый период времени выбирать научно обоснованные приоритетные направления развития с учетом их места в общей системе здравоохранения, которые могут дать наивысший эффект.

Необходимо принятие не одинаковых мер для всех, а выстроить **очередность** приоритетов и, соответственно, мероприятий, и контроль осуществлять дифференцированно:

- по **территориям** с учетом уровней и темпов изменения показателей здоровья и демографических показателей, особенностям расселения;
- по отдельным **группам** населения (маргинальные группы, «новые бедные», средний класс, богатые, пациенты, потребляющие разные объемы медицинских услуг и т.д.);
- по **срокам**, с учетом достижения намеченных целей: в краткие сроки, в среднесрочной и долгосрочной перспективе.

# Обоснованный выбор приоритетных направлений-2

Приоритеты выбираются в такой последовательности:

- оценка и ранжирование проблем здоровья населения;
- выбор из них проблем, по которым общество несет наибольшие потери;
- выбор из них потенциально устранимых проблем силами системы здравоохранения;
- ранжирование этих проблем по возможности их устранения или смягчения.

Исходя из этого, выбранные проблемы могут считаться приоритетными и на их **преимущественное** решение должна быть ориентирована система здравоохранения.

# Здоровье-нездоровье

Исследования показывают, что сама медицина оказывает **незначительное влияние на здоровье** людей: на возникновение заболеваний- в **10%** случаев, на излечения заболеваний- в **45%**, на общую смертность- в **15%**, на хронизацию патологии (пропущенные, запущенные, недообследованные и недолеченные случаи)- в **50%**, на преждевременную и потенциально предотвратимую смертность- в **40%** , на инвалидность-в **15%**, на СПЖ- в **5%**, на среднюю продолжительность активной и здоровой жизни- в **25%.**, на младенческую смертность-в **35%**, на материнскую смертность-в **75%** случаев. Все остальное целиком и полностью зависит от здравоохранительной политики в стране, от степени развития **системы охраны здоровья**, от ее приближенности к населению и результативности. Иначе говоря, нездоровье главным образом формируется **вне** пределов медицины, но, несмотря на понимание этого, данный факт не всегда учитывается и всё перекладывается на медицинскую отрасль.

Расходы на здравоохранение РФ опережают его  
 эффективность (Шкала Bloomberg, 2015 г., данные А.В.Рагозина)

Место в мировом рейтинге	страны	ВВП \$ на душу	Общие % ВВП	Все расходы \$ на душу
12	Мексика	15910	6.2	1061
22	Польша	21320	6.7	1551
26	Китай	10890	5.3	646
27	Малайзия	21430	3.9	938
31	Турция	18020	6.2	1053
51	Россия	22710	6.5(2015-5.9 )	1440

# Охрана здоровья и медицинская помощь

В результате исследований в середине 1950-х гг. в разных странах было определено, что имеются разнообразные **факторы** (их удалось идентифицировать и затем определить силу их воздействия во времени), значимо влияющие на возникновение и течение целого ряда хронически протекающих заболеваний. Такой подход ознаменовал собой переход от **последствий** нарушений здоровья, к их **причинам**, т.е. от лечения к профилактике. О том, что болезни легче и дешевле массово и индивидуально предупредить, чем впоследствии их индивидуально лечить, знали еще со времен **Гиппократ**, но только сравнительно недавно появилась стройная теория, как это можно и нужно делать. Отсюда возникла идея о двух уровнях здравоохранения: **охрана здоровья**, как общегосударственная система, и ведомственно-отраслевая, связанная с организацией и осуществлением диагностической, лечебно-профилактической и реабилитационной **медицинской помощи**. Оба эти уровня дополняют друг друга и зона их взаимодействия концентрируется в рамках Первичной медико-санитарной помощи (**Primary Health Care**). Никакая другая система, кроме здравоохранения, не может сигнализировать власти о неблагополучиях в здоровье граждан, обусловленном влиянием внешних факторов, которые требуют на них воздействия именно со стороны органов власти.

# От первичной помощи к ПМСП

Помощь может быть **домедицинской** (Primary care), которой должны владеть (их надо, конечно, этому учить) все те, кто связан с массовыми скоплениями людей: спасатели, сотрудники органов внутренних дел, работающие «на земле», пожарные, военнослужащие, водители, стюардессы, учителя школ, парамедики и др. Далее, медицинская помощь может быть **доврачебной** (Primary medical care), которая оказывается фельдшерами, медсестрами, акушерками и другими средними медицинскими работниками. И, наконец, есть Первичная медико- санитарная помощь (Primary Health care), которая всегда является **врачебной**, и в дословном переводе означает **первичную заботу о здоровье**, а не просто прием заболевших врачом этого звена.

В мире- это врачи общей практики, в ряде стран- это они же, а также участковые терапевты, участковые педиатры и, с некоторой натяжкой, линейные бригады СМП.

На них распространяется специальная синдромальная классификация **WONCA** (Всемирная организация по семейной медицине) и врачи этого звена выполняют особые функции в соответствии с рекомендациями ВОЗ.

## ( Из Алма-Атинской декларации, 1978г)

Первичная медико-санитарная помощь – зона **первого контакта** отдельных лиц, семьи и общины с системой охраны здоровья – максимально **приближает** медико-санитарную помощь к месту жительства и работы людей и представляет собой **первый этап** непрерывного процесса охраны здоровья народа. Она нацелена на решение основных медико-санитарных **проблем** в общине и обеспечивает соответственно службы оздоровления, профилактики, лечения и реабилитации.

С тех пор прошло немало лет, однако, как показали конференции, посвященные 20-летию и 30-летию главной конференции, **принципы**, заложенные в Алма-Атинской декларации, являются определяющими для развития здравоохранения в подавляющем большинстве стран мира на многие годы вперед.

# Сущность ПМСП

В принципе под первичной медико- санитарной помощью подразумевается такая **всеобъемлющая помощь**, которая предоставляется всем слоям населения и учитывает факторы, находящиеся **вне** пределов прямого контроля подсистемы медицинской помощи. Однако нередко специалисты рассматривают только медицинскую составляющую первичной медико- санитарной помощи.

*Возникает вопрос, это что, еще один врач-общей практики (семейный врач), ведущий прием пациентов, или первичный уровень системы охраны здоровья?*

# Проблемы ПМСП

В пункте 3 главы 8 Алма-Атинской декларации представлен широкий спектр медико-санитарных проблем, подлежащий решению именно на этом уровне системы охраны здоровья, от **рационального питания и доброкачественного водоснабжения до лечения, восстановления здоровья и трудоспособности**. Такая широкая деятельность как раз и характеризует систему охраны здоровья и служит **отличием** от традиционного здравоохранения, которое фактически занимается, в основном, медицинской деятельностью. Ответственность за систему охраны здоровья на каждом уровне несут **органы государственной и муниципальной власти** в связи с рекомендациями, исходящими от ПМСП.

Из отчета проекта  
«ЗдравПлюс» (С.Фостер,Р.Фили,Р.Лейнг,  
С.Алкенбрак, 2003)

Проблемы со здоровьем требуют комплексных решений, **а не просто медицинского лечения**- в чем, собственно, и состоит основная задача ПМСП. Жилье, питание, работа, социальная поддержка- все эти факторы играют важную роль в улучшении здоровья людей. Врачей, к сожалению, не обучают навыкам координирования работы всех этих служб, да они обычно и не хотят этим заниматься.

Вот почему все больший акцент делается на принципе групповой практики (работа в команде). Медсестры и социальные работники будут расширять возможности ПМСП, что позволит заняться решением проблем, **лежащих вне границ традиционного здравоохранения.**

# Роль ПМСП

Эта же мысль подчеркнута в последней статье известного специалиста в области ПМСП **Барбары Старфилд**, которая опубликована в Journal of Epidemiology and Community health (2011, 65) уже после ее трагической гибели. Она пишет, что именно ПМСП способствует ликвидации социального **неравенства** в здоровье. В статье развивается идея, высказанная S.L. Kark в 1974 г. в журнале JAMA о том, что лечебная медицина в обществе **трансформируется** в общественную медицину. Исходя из того, что система здравоохранения ни в коей мере не изолирована от других социальных систем, наибольшее их слияние автор видит именно на уровне **ПМСП**.

Еще Клод Бернар абсолютно верно подметил, что «врач должен знать три вещи: **условия здоровья**, чтобы их поддерживать, условия развития болезней, чтобы их предотвращать и условия выздоровления от болезней, чтобы их использовать», а И.П.Павлов говорил, что «только познав все причины болезней, настоящая медицина превращается в медицину будущего, т.е. в гигиену в **широком смысле** этого слова».

# Почему ПМСП?-1

Когда после распада СССР в Финляндии разразился связанный с этим финансово-экономический кризис, там были вынуждены значительно сократить все социальные службы, в том числе и здравоохранение, **оставив в неизменном объеме лишь ПМСП**, что не привело к ухудшению состояния здоровья населения.

В США в течение недавних пяти лет проводилась кардинальная реформа медицинской помощи для пожилых по программе MEDICARE, финансируемой правительством страны. Анализ показал, что стоимость обычной помощи для пожилых (а в возрасте 65 лет и старше в США 17 % населения, т.е. 48 млн. чел) составляет 2,6 тыс. долл. Ею пользуется 96% пожилых и на нее уходит 68% всех денежных средств по программе. Один сложный случай обходится уже в 36,5 тыс. долл., такой помощью пользуется всего 4% пожилых, но на нее уходит 32% всех средств. Поэтому была поставлена задача предупредить эти сложные и дорогостоящие случаи. Иначе говоря, задача состояла в том, **как уменьшить затраты на дорогостоящую специализированную медицинскую помощь**, и этот опыт чрезвычайно интересен для наших стран. В результате за пятилетие были закрыты 52% всех коек для пожилых (а это около 30 тыс.) и персонал сократили на 11%. Но вследствие интенсификации стационарного лечения число пролеченных больных возросло на 22%. В связи с сокращением расходов на стационарную помощь выросло на 36% финансирование амбулаторной помощи, т.е. средства были перераспределены, значительно увеличилось (на 35%) число операций в дневной хирургии, возрос объем помощи на дому. Мелкие больницы были объединены, параллельно были организованы более 300 новых амбулаторных центров в местах компактного проживания пожилых.

# Почему ПМСП?-2

Значительные (из высвободившихся) средства были вложены в массовую иммунизацию, скрининги, диспансеризацию. В результате, например, раннее выявление рака простаты выросло с 1% до 73%, диспансеризация больных с гипертензией (при давлении выше, чем 140/90) возросла с 25% до 55%, улучшился скрининг на алкоголизм и т.д. В итоге этой всей реформы улучшилась **доступность** медицинской помощи пожилым, увеличилось **число пролеченных больных**, снизилась **стоимость** лечения за счет более раннего выявления заболеваний, существенно улучшились **качество** помощи и результаты в виде показателей здоровья пожилых и **продолжительности** здоровой жизни, выросла **удовлетворенность** пожилых людей за счет фокусирования средств на особых группах населения и особых их потребностях.

Этот пример еще раз подтверждает по отношению к здоровью населения **низкую эффективность дорогостоящей высококачественной помощи и высокую эффективность предупреждения и раннего выявления заболеваний, а также первичной медико-санитарной помощи.**

# Возрастающая роль медсестер-1

Как хорошо известно, во многих странах, в первую очередь, в Швеции, Англии и Нидерландах, медицинские сестры составляют **основу здравоохранения**, особенно его первичного звена, восстановительного лечения, реабилитации и интегрированного медицинского ухода, т.е. в тех службах, с которых начинается и заканчивается оказание всего цикла медицинской помощи. Например, в Финляндии **80%** пациентов предварительно поступают к медсестрам, а затем, в случае необходимости, к врачам, и только **20%** пациентов поступают непосредственно к врачам. В шведских медицинских центрах пациента вначале осматривает **медсестра**, которая затем может направить пациента к врачу общей практики или в больницу. В повсеместно распространенных в Скандинавских странах в городах и на селе **центрах здоровья** также ведущая роль принадлежит медицинским сестрам. В Нидерландах решение об оказании помощи пациентам врачами во внерабочие часы принимает медсестра на основе установленных **критериев**.

# Роль медсестер-2

В США медицинские сестры нередко выполняют **административные функции**, являясь заведующими отделениями в больницах или состоя в администрации больниц. А врач при этом оперирует пациентов, либо их консультирует. В условиях амбулаторной помощи, особенно в муниципальных миниполиклиниках медицинские сестры работают **самостоятельно**, выполняя патронажные функции, обслуживая вызовы на дом и привлекая врачей, ведущих прием пациентов, в случае необходимости. В Великобритании, к примеру, **закон** о медицинских сестрах, как о самостоятельном институте, действует с 1902 г. В Англии все чаще медсестры занимаются самостоятельной практикой и им разрешено **выписывать** фармацевтические препараты из определенного перечня лекарственных средств. Не только в США, но и во многих других странах медицинские сестры обслуживают **вызовы на дом** и приглашают врача посетить пациента на дому при необходимости.

# Укрупненные виды деятельности на уровне ПМСП

- координация усилий по развитию системы охраны здоровья на муниципальном или общинном уровнях
- опосредованное влияние на внешние факторы риска, т.е. на условия жизни, учебы, труда и отдыха, неблагоприятно влияющие на здоровье людей
- формирование у прикрепленного населения навыков здорового поведения и здорового образа жизни
- проведение медицинских профилактических мероприятий, направленных на предупреждение заболеваний, раннее их выявление и последующее оздоровление
- оказание пациентам квалифицированной медицинской помощи общего типа в общей врачебной практике (ОВП) и на дому и организация специализированного обследования и лечения больных, а также интегрированного медицинского ухода
- непрерывное совершенствование ПМСП, повышение уровня знаний персонала, прохождение аккредитации и лицензирования

# Участие ПМСП

В задачи системы охраны здоровья на местном уровне (по критерию здоровья), а значит и в рекомендательные задачи ПМСМ входят в области первичной профилактики:

- - **приближение** к компактно проживающему населению сети магазинов с товарами повседневного спроса, аптек, учреждений, оказывающих ПМСП и оздоровительных учреждений, начальных школ и дошкольных учреждений, учреждений бытового назначения, общественного транспорта и т.д.;
- - **улучшение** жилищно-коммунальных условий, уменьшение загрязнения окружающей среды, улучшение качества питьевой воды, воздуха и почвы;
- - улучшение экологии и биогеоценозов на местном уровне, проведение озеленения и благоустройства территории, создание мест культурного отдыха;
- - **улучшение** структуры и качества питания, усиление контроля за безопасностью потребляемых продуктов, расширение качественного общественного питания;
- - **повышение** уровня культуры и образования, содействие занятости детей и подростков по их интересам, организация их отдыха и создание условий для массовых занятий физкультурой (локальные стадионы и спортивные площадки разного назначения, бассейны, катки, лыжни, спортивные секции и т.д.);
- - **укрепление** семьи, воспитание (и мотивация) детей быть здоровыми с созданием соответствующих условий и последующей профилактикой, чтобы предупредить у них возможные нарушения здоровья, профилактика правонарушений;
- - активация движения за **здоровый и подвижный образ жизни**, разработка прогулочных маршрутов, формирование устойчивой привычки оздоровительного поведения населения.

# Задачи ПМСП-1

Эти задачи, безусловно, должны входить полностью в компетенцию **местных органов власти**, но информационная и координирующая роль в их организации по критерию здоровья, как отмечалось, принадлежит ПСМП, откуда исходят рекомендации по улучшению здоровья граждан. Решению этих и других задач будет способствовать создание при ПМСП попечительских советов и активов из граждан, проживающих на территории обслуживания.

- Кроме того, в **задачи** ПМСП входят:
- - **борьба** с наркоманией, курением, алкоголизмом (по данным журнала «Lancet» 43% всей смертности у российских мужчин в трудоспособных возрастах обусловлены алкоголизмом), профилактическая работа с детьми и подростками;
- - санитарное **образование** населения, повышение уровня их санитарной культуры и грамотности, в первую очередь, в организованных коллективах;
- - **борьба** с проституцией, венерическими заболеваниями и СПИДом.

# Задачи ПМСП-2

К задачам по обучению населения **самообследованию** и самопомощи можно отнести:

- - проведение массовых оздоровительных мероприятий, дней здоровья;
- - обучение населения и создание специальных групп здоровья и школ для страдающих хроническими болезнями;
- - подготовка и распределение специальной литературы, разработка Кодекса здоровой жизни по примеру Салернского кодекса здоровья, написанного в 14 в. философом и врачом Арнольдом из Виллановы, в котором давались бы рекомендации по сохранению и укреплению здоровья, по самообследованию и самопомощи, по фитотерапии и народной медицине, по улучшению физического и психо-эмоционального состояния и т.д. с тем, чтобы такая литература была бы в каждой семье.

**Работа с населением концентрируется в ПМСП, где создаются школы здоровых и пациентов**

# Задачи ПМСП-3

- В области вторичной профилактики болезней, нарушений и травм задачами системы охраны здоровья являются:
- - предварительные **обследования** отдельных групп населения, проведение необходимой экспертизы;
- - организация и проведение **вакцинации** и иммунизации;
- - проведение профилактических, целевых и периодических **обследований**, скринингов, направленных на возможно раннее выявление заболеваний, а также диспансеризации здоровых и больных с их оздоровлением.

# Амбулаторная помощь

- В области первичной амбулаторной помощи задачами являются:
- - организация парамедицинского и медсестринского патронажа, создание межобщинных (муниципальных) домов сестринского ухода и хосписов;
- - ведение амбулаторного приема пациентов по синдромальному принципу (в соответствии с классификацией Всемирной организации по семейной медицине- WONCA) и в необходимых случаях направление пациентов на консультации к врачам-специалистам;
- - организация медицинской помощи на дому, в первую очередь, медсестринской, а также неотложной помощи;
- - организация восстановления здоровья и трудоспособности, реабилитации и интегрированной медицинской помощи.
- -организация и координация всей ПМСП, реализующей межведомственный, межсекторальный подход к охране здоровья компактно проживающего населения, а также вовлечение в эту работу добровольцев и активистов ДЭЗов, кондоминиумов и муниципальных образований остается за главным институтом ПСМП – общей врачебной практикой (ОВП).

# Сходство ПМСП в разных странах-1

Несмотря на то, что в развитых странах имеются некоторые отличия в организации и финансировании ПМСП, можно выделить и многие сходные черты:

- систематическая **работа с местными органами власти** по предупреждению негативного влияния внешнесредовых факторов на здоровье прикрепленного населения и участие в проведении оздоровительных мероприятий и компаний;
- широкое развитие **профилактических** мероприятий как на национальном (Франция, Англия, Дания, Новая Зеландия), так и на провинциальном (Швеция), а также муниципальном (Нидерланды, Финляндия) уровнях, включая массовые профилактические **осмотры** (обследования) и целевые **скрининги** по единому стандарту на рак молочной железы, рак шейки матки, рак простаты, колоректальный рак, врожденные нарушения метаболизма, гиперхолестеринемию, хламидиозы, выявление факторов риска диабета, сердечно-сосудистых и других заболеваний; диспансеризация здоровых, больных и входящих в группы риска;

# Сходные черты ПМСП-2

- интеграция** медицинских услуг в целях улучшения ведения пациентов с хроническими заболеваниями, с использованием моделей США (Kaiser Permanente, United Healthcare's Evercare) и Великобритании;
- обязательность направления врачом общей практики на получение специализированной или стационарной помощи, что позволяет **регулировать** нагрузку на врачей-специалистов, т.к. при самостоятельном (без направления) посещении специалистов оплата производится за счет средств ДМС или пациента с возможным частичным возмещением из системы государственного страхования;
- высокая степень **ответственности** врача общей практики за своих пациентов, независимо от того, в каких медицинских учреждениях они лечатся;

# Сходство ПМСП в разных странах-3

- врачи общей практики, как правило, **не посещают** пациентов на дому, за исключением редких случаев, т.к. это прерогатива подготовленных медсестер;
- широкое участие **медсестер** и акушерок в ПМСП, вплоть до проведения профилактических мероприятий, назначения ограниченного перечня лекарств, кроме контролируемых препаратов, проведения простейших медицинских обследований, иммунизации, первичного приема пациентов, осуществления контроля за здоровьем матерей и детей, оказания помощи пожилым, работы в сестринских клиниках и оказания помощи пациентам с хроническими болезнями, с психическими расстройствами, оказания помощи на дому, организации интегрированного ухода и долечивания, работы с группами здоровых и хронически больных, санитарного просвещения и т.д.;
- как правило, медицинская помощь, оказываемая врачами общей практики, оплачивается государством (из налогов или страховых взносов) и **бесплатна** для пациентов, за исключением Финляндии, где пациент оплачивает 22 евро в год за любое количество посещений, Швеции, где разовая плата составляет 15 евро, но не более 100 евро в год на человека, Франции, где за каждое посещение пациент вносит символическую плату в 1 евро;

# Сходные черты ПМСП-4

- **групповые** общие врачебные практики встречаются намного чаще, чем индивидуальные;
- обычно на прием к врачу общей практики пациенты попадают в день обращения, хотя в ряде стран введены предельно допустимые сроки для получения несрочной медицинской помощи, при том, что в неотложных случаях (**20-25%** всех посещений) предварительная запись не требуется;
- врачи общей практики пользуются рекомендуемыми **клиническими схемами**, протоколами и методами лечения, возникшими в результате компромисса между научными организациями, профессиональными медицинскими сообществами и органами управления здравоохранением, хотя это дело является преимущественно добровольным;
- диагностические услуги для пациентов **бесплатны**, если они оказываются по направлению врача;

# Сходство ПМСП в разных странах-5

- в задачи врача общей практики входит не столько постановка диагноза по МКБ-10, сколько решение проблем пациента, для чего он пользуется синдромальной классификацией **WONCA**;
- во многих странах в общих врачебных практиках поощряется **интеграция** профилактических, диагностических, лечебных и других специализированных услуг, что расширяет потенциал амбулаторной помощи;
- на уровне ПМСП развивается **сотрудничество** между медицинскими и социальными службами;
- принципиальных **отличий** в оказании ПМСП в городах и сельской местности нет;
- во всех развитых странах свыше 40% всех врачей работают в ПМСП.

# Удовлетворенность ПМСП

В большинстве развитых стран общие врачебные практики должны пройти **аккредитацию**, а врачи, работающие в них, иметь **лицензию**. И хотя во всех развитых странах Европы пациенты в подавляющем большинстве удовлетворены работой ПМСП, самая высокая удовлетворенность не случайно отмечается в Финляндии, где, кстати, надзорные функции успешно выполняет Агентство по медико-правовым вопросам. Недавние исследования показали, что порядок организации приема у врача общей практики устраивает 94% пациентов в Германии, 78%- в Голландии, 62%- в Англии, сроки ожидания приема врача устраивают 70% пациентов в Германии, 61%- в Голландии и 50%- в Англии, доступность неотложной помощи устраивает 95% пациентов в Германии, 85%- в Голландии и 71%- в Англии. Кроме того, благодаря развитию в т.ч. ПМСП в этих странах удалось достичь достаточно приличных **показателей здоровья** своих граждан.

# Особенности ПМСП

- Исходя из отмеченных выше задач, в ОВП до 60-70% объемов работ и затрат времени должно отводиться на всю **профилактическую** и **координирующую** деятельность, для чего ОВП должна поддерживать постоянные контакты с местными органами власти, социальной службой, санэпидслужбой, аптечной сетью, КДЦ, центрами медицинской профилактики и другими лечебно-профилактическими учреждениями.
- Что касается непосредственно лечебной работы в ОВП, то она имеет существенные **отличия** от таковой в участковой службе. Если участковый терапевт должен вначале поставить диагноз (на диагностические исследования уходит не менее трёх дней, а болезнь на этот период не останавливается), а затем назначить адекватное лечение, то врач общей практики (ВОП) при первом же контакте с пациентом старается облегчить его состояние, воздействуя на **симптомы и синдромы**. В разработанную специально для врачей первичного звена здравоохранения классификацию WONCA входят разнообразные симптомы и синдромы, многим из которых (например, боль в спине) посвящены многочисленные конференции и симпозиумы. Этим самым данная классификация принципиально отличается от МКБ-10. В классических учебниках по ОВП приводится **перечень наиболее часто встречаемых проблем у пациентов**: боль в животе, диспепсия, беспокойство, тревожность, боль в спине, боль в груди, кашель, одышка, дерматиты, головная боль, боль в ушах, инфекции мочевых путей, ожирение, гипертензия и другие. Этой же классификацией должны пользоваться и линейные бригады СМП.

# Как должно быть-1

Другим не менее важным отличием в лечебной практике ВОП является то обстоятельство, что в других странах (например, в Голландии) он несет **ответственность** (моральную, правовую и материальную) за пациента, где бы тот не находился. В Голландии ВОП не направляет своего пациента в больницу по направлению (то есть по бумажке, которой не поверит ни один врач стационара и начнет обследование заново), а сам его отвозит. Вместе с будущим лечащим врачом стационара, который впервые видит данного пациента, они назначают **план** обследования и лечения. Без согласования с ВОП врач стационара **не имеет права** внести в него какие-либо коррективы. Более того, без ВОП он не может выписать больного из стационара, так как ВОП может сказать, что не примет выписываемого под своё наблюдение, поскольку в стационаре больного не долечили. При такой системе больницы представляют собой не «лежбище» как это бывает, а место для **интенсивного круглосуточного лечения** и ухода, и там не станут делать операции в стационарных условиях, которые можно произвести в дневной хирургии (а таких не менее 20-25% всех операций).

# Как должно быть-2

Врачи общей практики должны иметь соответствующие **помещения** в виде блоков, куда в случае необходимости приглашаются врачи-специалисты; они вместе проводят обследование, определяют необходимое лечение, которое реализует и контролирует ВОП. Аналогичным образом проводятся осмотры и диспансеризация. Кроме того, общая врачебная практика должна также оказывать выездную **неотложную помощь**, что позволит скорой медицинской помощи сосредоточиться на специальных происшествиях.

Часть медсестер групповой практики работает **на приеме** (предварительные и целевые профилактические осмотры и обследования мужчин и женщин, выполнение процедур, манипуляций, подготовка к врачебному приему и т.д.). Другие, патронажные медицинские сестры имеют свой план профилактической и лечебной работы **на дому**, а врач посещает пациентов на дому, в основном, по рекомендации медсестер. Третья группа медсестер оказывает на дому медицинскую помощь **по уходу** за тяжело и хронически больными в дневном и даже в круглосуточном режиме, т.е. организует интегрированный уход под контролем ВОП.

При этом нужно учитывать и экономические возможности здравоохранения, поскольку уход и лечение пожилых людей в стационарных учреждениях любого типа обходится **в 14 раз дороже**, чем уход и лечение на дому.

# Персонал ПМСП

В ОВП помимо ВОП могут работать также фельдшер, акушерка, зубной врач, психолог, медсестры (на приеме, патронажная, физиотерапевтическая, обученная медико-санитарной работе, в дневном стационаре, по интегральному уходу или совмещающем эти функции), санитарки и другие.

# Кто такой ВОП?-1

Согласно хорошо известному **Левенхорстскому** определению в 1974 г. (Leewenhorstgroup) ВОП - это **выпускник медицинского колледжа (вуза), имеющий лицензию, который оказывает индивидуальную, первичную и непрерывную помощь отдельным людям, семьям и обслуживаемому населению, независимо от пола, возраста и вида заболевания.** В этом определении фактически подчеркнуто, что ВОП имеет дело со всеми прикрепленными пациентами (детьми, подростками, взрослыми и пожилыми) и практически со **всеми** проблемами пациентов. Однако это возможно лишь при условии соответствующей до- и последипломной **ПОДГОТОВКИ** по широкому спектру дисциплин и наличия соответствующего разрешения на самостоятельную деятельность в виде лицензии.

# Кто такой ВОП?-2

Более точным, хотя и не совсем полным, является определение F. Olesen, опубликованное в 2000 г. в Британском медицинском журнале (BMJ). Из этого определения следует, что ВОП является подготовленным специалистом для работы **на линии фронта** системы охраны здоровья и для принятия первоначальных шагов по обеспечению помощи по тем проблемам здоровья, которые имеются у населения. И далее "ВОП осуществляет профилактику, диагностику, лечение, уход и облегчение, **используя и интегрируя биомедицинские науки, медицинскую психологию и медицинскую социологию**". ЕРБ ВОЗ неоднократно подчеркивала, что ОВП занимается проблемами здоровья (и факторами на него влияющими) всего обслуживаемого населения и одновременно нацелена **на конкретного человека, а не на болезнь**. Это ещё раз подчеркивает, что ВОП - это не только, и не столько клиницист.

Полагаю, что если такой врач будет хорошо подготовлен по педиатрии (что позволит ему рассматривать проблемы здоровья семьи в целом), а педиатр будет выступать в качестве консультанта для такого врача, то все скептические мнения относительно развития ОВП просто исчезнут. Тем более, что в тех странах, где именно в таком виде существует ПМСП, уровень здоровья людей **намного выше**. Там, напротив, стараются не допускать выявления заболеваний в запущенных стадиях, хронизации патологии, перехода заболевания в более тяжелую стадию или более тяжелое заболевание, что требует очень дорогостоящего лечения в высокотехнологических центрах.

# Сравнительный анализ работы ВОП и уч. терапевтов

## 1. Сложности в получении помощи на 100 опрошенных

наименование	ВОП	Уч.терапевты
Имели сложности	25.9	52.0
Трудно добиться	1.3	8.5
Сложно попасть на прием	1.0	24.0
Длинная очередь	5.0	24.7
Отсутствие стабильного врача	1.3	9.5
Сложности в обследовании	5.3	15.5
В помощи на дому	5.3	15.5
В выходные и праздники	1.5	2.2
В получении консультаций	2.0	10.5

Сравнительный анализ работы ВОП и уч. терапевтов  
2.Направления на консультации на 100

Всего к	11.5	33.7
кардиологу	0.5	2.5
гастроэнтерологу	0.25	6.0
пульмонологу	0.5	2.3
невропатологу	2.5	6.3
ЛОР	0.25	4.5
хирургу	0.5	3.0
гинекологу	2.5	9.0
окулисту	0.25	3.5

## Сравнительный анализ работы ВОП и уч. терапевтов

### 3.Изменение самочувствия за последний год %

улучшилось	15.4	7.8
Без перемен	57.6	52.6
Ухудшилось	26.8	39.9
Нет ответа	0.2	0.8

# Контракт и оплата

Наилучшей правовой основой работы ВОП является его контракт (**трехсторонний договор**) с местными органами власти (всё, что связано с первичной профилактикой) и оплатой труда по контракту, исходя из возрастно-полового состава прикрепленного населения с соответствующими поправочными коэффициентами, объемом и качеством работы, а также с вышестоящим медицинским учреждением (вторичная профилактика, первичная амбулаторная помощь, обеспечение качества медицинской помощи) в консультативно-методическом виде и с возможностью проведения соответствующих проверок. В этом контракте в основной части должна быть обозначена численность и структура обслуживаемого населения (в Англии каждая возрастная группа имеет свой коэффициент потребления, влияющий на оплату труда ВОП: 0-1 год-3.7, 2-4 года-2.7, 5-18 лет-2.2, 19-44 года-1.0, 45-49 лет-2.2, 60 и ст.-3.2), перечень видов и объемов работы, а в дополнительной части- прием пациентов на дому во вне рабочее время, участие в массовых компаниях и т.д. Отдельно должна быть предусмотрена доплата за **качество** работы.

# Оснащение ОВП

Примерный табель **оснащения** ОВП включает в себя 112 наименований, а также примерный перечень оснащения **укладки** ВОП из 76 наименований. В том числе 3-х канальные портативные электрокардиографы, настольные биохимические анализаторы, анализаторы «Уринанализ», инструментальные столики, портативные аппараты для искусственной вентиляции легких, бестеневые лампы, бактерицидные облучатели, малые хирургические и акушерские наборы, укладки ВОП, включающие глюкометр, отоскоп, риноскоп, офтальмоскоп и т.д., портативные электронные спирометры, индикаторы внутриглазного давления, портативные гемоглобинометры, бинокулярные микроскопы с осветителем, наборы оптических линз, счетчики формулы крови, центрифуги, пикфлуометры, иммобилизационные транспортные шины с пневматическим устройством и другое оснащение, кроме медицинского инструментария. А также автомобиль, на селе- повышенной проходимости.

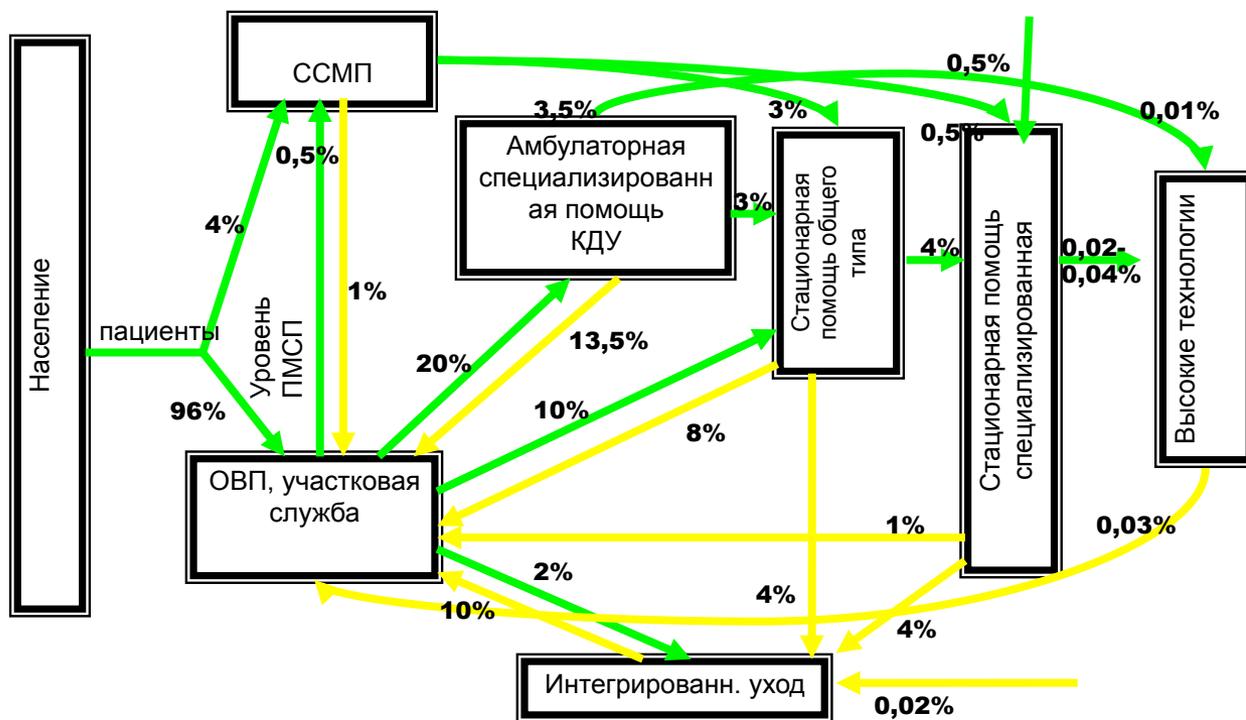
# Финансирование и организация

Финансирование ОВП целесообразно осуществлять из **подушевого норматива** с учётом частичного фондодержания.

ОВП в таком виде может быть организована не только на селе, но и в городах, где поликлиники будут состоять из **Центров** групповой общей врачебной практики (в отдаленных и изолированных микрорайонах предпочтительнее индивидуальная общая врачебная практика) и консультативно-диагностического центра- **КДЦ**, в котором врачи-специалисты, включая педиатров, будут работать в качестве консультантов для ВОП, не ведя, в основном, самостоятельный приём.

В задачи КДЦ входит оказание амбулаторной специализированной медицинской и консультативной помощи и проведение более углубленных обследований амбулаторных пациентов.

# Рациональная схема потоков пациентов в %



## Распределение потока пациентов %

	есть	Должно быть
ПМСП	45	100
Специализированная амбулаторная	35	20
Стационарная общая	15	8
Стационарная специализированная	5	2 (ВМП-0.05%)

## Распределение численности врачей %

	есть	Должно быть
ПМСП	10	45
Специализированная амбулаторная	15	10
Стационарная общая	40	30
Стационарная специализированная	30	15

## Распределение финансовых средств %

	есть	Должно быть
ПМСП	10	35
Специализированная амбулаторная	20	15
Стационарная общая	30	20
Стационарная специализированная	40	30

# Реформа:

## разворот системы здравоохранения «лицом» к массовому пациенту



# Переход к образованию

Обычно после получения высшего медицинского образования, которое за рубежом не дает права на самостоятельную работу, будущий врач общей практики проходит **стажировку** в общих врачебных практиках и больницах, имеющих лицензию на обучение, в течение от 2-х (Голландия, Бельгия, Франция, Италия) до 5 лет (Швеция, Норвегия, Финляндия), после чего, сдав соответствующие **экзамены**, может получить разрешение на практику.

ВОП должен быть широко подготовленным врачом первого уровня контакта с пациентами.

# Образовательные стандарты

В европейском регионе проведены многочисленные исследования по разработке новой **концепции** развития общей врачебной практики (семейной медицины), соответствующей сложившимся в 21-ом веке новым политическим и социально-экономическим реалиям.

Так, экспертами Европейского филиала Всемирной организации по семейной медицине (WONCA) разработаны новые определения **специальности** «Общая врачебная практика/семейная медицина», ее основополагающие признаки, новое определение врача общей практики (семейного врача) и описаны требования к объему, оказываемой им первичной медицинской помощи.

Всемирной федерацией медицинского образования (WFME) разработаны «Всемирные **стандарты** по повышению качества последипломного медицинского образования. Советом Европейской Академии преподавателей общей врачебной практики (EURACT) подготовлены «**Рекомендации** к составлению программы обучения специалистов по общей врачебной практике (семейной медицине)», которые утверждены на Европейской региональной конференции WONCA в Амстердаме.

# Требования к объему знаний

Поскольку ВОП является не только **клиницистом** первичного звена здравоохранения, но и **организатором** профилактической и лечебной помощи своим пациентам, активным участником организации первичной медико-санитарной помощи прикрепленному населению, общий объем его знаний должен, видимо, распределиться следующим образом: клинические дисциплины-60%, параклинические дисциплины- 40%. В свою очередь, знания в области клинической медицины должны быть как общего типа (65%), так и специализированные (35%). Среди клинических знаний общего типа по 30% должно приходиться на терапию и педиатрию, 20% на акушерство и по 10% на хирургию и гинекологию. Из специализированных дисциплин по 15% объема знаний должно приходиться на гериатрию и неотложную помощь, по 10%- на неврологию, травматологию и реабилитологию (в том числе интегрированный уход), по 5%- на ЛОР, офтальмологию, дерматологию, кардиологию, пульмонологию, гастроэнтерологию, психиатрию, инфекции. Из параклинических дисциплин ВОП должен обладать знаниями медико-организационного характера (60%) и не медицинского характера (40%). В области медико-организационных, т.е. не клинических знаний 30% должно приходиться на профилактику и работу с населением, 20% - на организацию работы общей врачебной практики и ее взаимодействие с другими службами, организацию всей первичной медико-санитарной помощи и системы охраны здоровья, по 10%- на экономику и управление здравоохранением, организацию медицинской помощи, врачебно- трудовую экспертизу, эпидемиологию и статистику, качество медицинской помощи.

Из дисциплин немедицинского характера по 15% объема знаний должно приходиться на социальную защиту и социальное обеспечение, этику и психологию (многие больные, например, инвалиды, лица с язвенной болезнью и другие обладают особой психологией), по 10%- на социологию, экологию, законодательство, по 5%- на работу в команде и кадровую работу, взаимодействие с местными органами власти. Исходя из приведенной структуры необходимых для ВОП знаний, могут быть составлены или скорректированы программы обучения и выделяемые для этого часы.

# Кратко о ПМСП

- муниципальный уровень ( ФАПы, ФП, ОВП, линейные бригады СМП)
  - низовой уровень системы охраны здоровья, социальная и медицинская профилактика
  - лечебная работа (вызовы на дом, синдромальный прием пациентов, консультации, связь со стационарами)Э
- преимущества в сравнении с участковыми врачами