

### **3.8. О возможных путях совершенствования первичной медико-санитарной помощи в государствах СНГ**

Первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи населению и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни, в том числе снижению уровня факторов риска заболеваний, и санитарно-гигиеническому просвещению населения.

В Алма-Атинской декларации, принятой Международной конференцией по первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) еще 12 сентября 1978 года, подчеркивается: «Первичная медико-санитарная помощь составляет важную часть медико-санитарного обеспечения и базируется на практических научно обоснованных и социально приемлемых методах и технологии, которые должны быть повсеместно доступны как отдельным лицам, так и семьям в общине при их всестороннем участии в этой работе и при таких затратах, которые община и страна в целом могут позволить на каждом этапе своего развития в духе самостоятельности и самоопределения. Она составляет неотъемлемую часть как национальной системы здравоохранения, осуществляя ее главную функцию и являясь ее центральным звеном, так и всеобщего социально-экономического развития общества. Она является первым уровнем контакта отдельных лиц, семьи и общины с национальной системой здравоохранения, максимально приближает медико-санитарную помощь к месту жительства и работы людей и представляет собой первый этап непрерывного процесса охраны здоровья народа».

ПМСП должна быть нацелена на решение основных медико-санитарных проблем и обеспечивать службы оздоровления, профилактики, лечение и реабилитацию. Отмечено, что охрана и укрепление здоровья народа является существенной частью неуклонного экономического и социального развития, способствует повышению качества жизни. Правительства стран несут ответственность за здоровье своих народов. Одной из основных социальных задач правительств должно стать достижение такого уровня здоровья, который позволит вести продуктивный в социальном и экономическом плане образ жизни. Первичная медико-санитарная помощь является основным инструментом в решении данной задачи, говорится в декларации.

Спустя тридцать лет после Алматинской конференции в докладе Генерального директора Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) отмечалось, что, несмотря на наличие сложнейших медицинских технологий для лечения болезней и продления жизни, остается проблемой «достижение здоровья для всех». Необходим решительный возврат к ценностям, принципам

и подходам первичной медико-санитарной помощи. По мнению Генерального директора ВОЗ, ПМСМ является наилучшим путем обеспечения всеобщего доступа, наилучшим способом обеспечения положительных результатов в охране здоровья населения и наилучшей гарантией справедливого доступа к медико-санитарной помощи.

Конечной целью первичной медико-санитарной помощи является улучшение здоровья для всех людей. ВОЗ определила пять основных элементов для достижения этой цели:

уменьшение изоляции и социальных неравенств в здравоохранении (реформы для обеспечения всеобщего охвата);

организация служб здравоохранения, ориентированных на потребности и ожидания людей (реформы в области доставки услуг);

интеграция аспектов здоровья во все сектора (реформы общественной политики);

проведение политического диалога в соответствии с моделями сотрудничества (реформы в области лидерства); и

расширение участия заинтересованных сторон.

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП), по определению ВОЗ, – удовлетворение потребностей населения (каждого лица, семьи и общины) путем предоставления медицинских услуг при первом контакте с системой здравоохранения, комплексное обслуживание, приближенное к месту жительства и работе.

Первичная медико-санитарная помощь в настоящее время определяется как «зона первого контакта» населения с медико-санитарными службами, как первый этап охраны здоровья населения. Именно ПМСП определяет осуществление основного принципа здравоохранения – профилактики, так как является наиболее массовой медицинской службой. Оказание ПМСП является одной из гарантий медико-социальной помощи.

Первичная медико-санитарная помощь представляет собой комплекс медико-санитарных, лечебных, профилактических и гигиенических мер: лечение заболеваний и травм; снабжение самыми нужными лекарственными средствами; охрана материнства и детства; иммунизация против основных инфекционных заболеваний; профилактика местных эндемических заболеваний и борьба с ними; планирование семьи; санитарное просвещение; достаточное снабжение безопасной питьевой водой; содействие обеспечению продовольствием и рациональному питанию.

Первичная медико-санитарная помощь включает все виды амбулаторно-поликлинической помощи, службу скорой и неотложной помощи, родовспоможение, санитарно-противоэпидемические учреждения.

На протяжении многих лет в здравоохранении **России** делался акцент на развитие амбулаторно-поликлинической помощи. К концу 1990-х гг. более 80 % обращений населения приходилось на учреждения ПМСП. Но вместе с тем накапливалось все больше проблем, связанных с материально-техническим состоянием учреждений ПМСП, уровнем подготовки кадров, качеством и культурой оказываемой помощи, уровнем подготовки медицинских кадров. Это привело к необходимости реформирования ПМСП.

Предусмотрен переход к организации первичной медико-санитарной помощи по принципу семейного врача (врача общей практики). Это предполагает значительное расширение функций, выполняемых участковыми терапевтами и педиатрами. Основной функцией семейного врача является оказание населению многопрофильной амбулаторной медицинской помощи. В связи с этим возникает необходимость переориентации деятельности участковых терапевтов и педиатров: значительное расширение объема их деятельности по смежным специальностям, обучение практическим навыкам, выполняемым сейчас узкими специалистами. Объем лечебно-диагностических манипуляций, которые обязан выполнять семейный врач, очень разнообразен: хирургические манипуляции, отоларингологические, офтальмологические, гинекологические и т. д. Следует отметить, что в деятельности семейного врача значительная роль отводится организации медико-социальной помощи (совместно с органами социальной защиты населения, благотворительными организациями, службами милосердия) одиноким престарелым, инвалидам, хроническим больным.

Однако переход к системе семейного врача предусматривает немало проблем: не определены длительность рабочего дня и график работы семейного врача, не разработан механизм социальной и правовой защиты врачей и сестер общей практики и т. д.

В дополнение к существующим составляющим ПМСП в настоящее время созданы детские реабилитационные центры, центра реабилитации женщин с патологией беременности, кабинеты медико-социальной реабилитации, медико-генетические консультации и т. д. Всю медицинскую помощь можно представить в виде общего типа и специализированной. К медицинской помощи общего типа относятся первичная медицинская (медсестринская) помощь, первичная врачебная медико-санитарная помощь (ПМСП) и линейная бригада скорой медицинской помощи (СМП).

Структура ПМСП представлена фельдшерско-акушерскими пунктами (ФАП) (в ряде случаев фельдшерскими пунктами), врачебными амбулаториями с дневными стационарами и линейными бригадами СМП. На уровне ПМСП решаются проблемы социальной (первичной) и медицинской профилактики. Они оказывают не специализированную, а лечебно-профилактическую и

реабилитационную помощь общего типа. Помощь они оказывают всем гражданам, закрепленным за данным участком. Их главной задачей является не столько постановка точного диагноза, сколько решение медицинских проблем пациентов с определением их дальнейшей медицинской судьбы. Главным действующим лицом в такой системе ПМСП является врач общей практики. Работники ПМСП стараются снять проблемы пациента с первого же его визита, а затем уже заняться полноценной диагностикой.

Система ПМСП составляет важнейшую и неотъемлемую часть как национальной системы здравоохранения, осуществляя ее главную функцию, и являются ее центральным звеном, так и всего социально-экономического развития общества.

Как признано в рамках ВОЗ, на состояние здоровья населения оказывают существенное влияние три блока причин: образ жизни; программы общественного здоровья; индивидуальные медицинские услуги.

Изменение образа жизни населения (отказ от вредных привычек, физическая активность, рациональное питание) – дело длительное. Результат можно оценить спустя 10–25 лет.

Разработка и реализация программы общественного здоровья без изменений принципов и методов оказания первичной медико-санитарной помощи в перспективе не даст ожидаемого эффекта. Речь идет о том, что какие бы ни создавались высокотехнологические центры медицинской помощи, какие бы ни внедрялись новые методы и лекарственные препараты в практику, важно, как организована медицинская помощь на первом этапе взаимодействия врач – больной.

В 2008 году в Докладе ВОЗ «Первичная медико-санитарная помощь сегодня актуальнее, чем когда-либо» определены пути, с помощью которых системы здравоохранения могут сократить ресурсы между потребностями общества и реально достигнутыми результатами. Эти пути определены в докладе как четыре комплекса реформ.

1. Реформы, обеспечивающие всеобщий охват (доступность) в оказании медицинской помощи;

2. Реформы, предусматривающие реорганизацию служб здравоохранения в соответствии с потребностями населения и общества и способные более чутко реагировать на изменения в состоянии здоровья при одновременном достижении более высоких результатов;

3. Реформы государственной политики на национальном уровне, которые способствуют повышению уровня здоровья;

4. Реформы управления, которые призваны заменить чрезмерное использование административных методов управления, с одной стороны, и политику невмешательства государства – с другой, социально

интегрированными, репрезентативными в соответствии с требованиями, которые диктуются сложным характером современных систем здравоохранения.

В Республике Беларусь Евробюро ВОЗ и Министерство здравоохранения РБ в рамках приоритета «Усиление первичной медико-санитарной помощи и наращивание кадровых ресурсов для системы здравоохранения» провели мониторинг системы первичной медицинской помощи в Минской и Витебской областях по следующим критериям: уровень доступности, скоординированности и интеграции, обеспечение непрерывности оказания медицинской помощи. При оценке кадровых ресурсов было отмечено, что при общем большом количестве врачей в Беларуси – 484 на 100 000 населения (страны Евросоюза – 338) только 12,4 % врачей работают в системе ПМП (в странах Евросоюза – 33,1 %), а из общего числа врачей первичного звена только 9,9 % врачей являлись врачами общей практики (ВОП). Подготовка ВОП ведется только в двух университетах из пяти действующих. Установлено, что оба типа врачей – ВОП и участковые терапевты – играют большую роль в решении и последующем ведении часто встречающихся заболеваний. Однако ВОП больше в сравнении с участковыми терапевтами вовлечены в выполнение медицинских процедур и оказание услуг пациентам.

Были выработаны следующие рекомендации.

1. Для оказания комплексной медицинской помощи необходимо усилить подготовку ВОП и ускорить внедрение модели ВОП в сельской местности. Учебные программы в университетах должны больше уделять внимания выработке умений и навыков врачей, необходимых для оказания медицинской помощи в условиях системы первичного звена здравоохранения.

2. Внедрение принципов общей врачебной практики в подготовку участковых терапевтов будет способствовать внедрению данной модели в городских условиях.

3. Для улучшения эффективности ПМП требуется критический анализ административных требований и отчетности, расширение компьютеризации статистической отчетности, делегирование немедицинских обязанностей другим работникам здравоохранения, проведение обучения сотрудников по вопросам организации работы и рациональному использованию времени при работе в ПМП.

4. Необходимо внести коррективы в модель конечных результатов, так как показатели существующей модели лишь косвенно соотносятся с результатами деятельности врачей ПМП.

5. Для планомерного кадрового обеспечения первичной медицинской помощи необходимо создание планов подготовки кадровых ресурсов и соответствующих условий для подготовки ВОП.

6. В связи с раздробленностью услуг, оказываемых по репродуктивному здоровью, рекомендовано создать условия для командной работы на различных уровнях, что позволит обеспечить более высокий уровень интеграции данных услуг.

7. Необходимо разработать эффективную систему оплаты труда врачей ПМП с учетом определенных критериев (показателей), основанных на индивидуальных результатах и условиях работы врачей (например, финансирование оплаты за каждого закрепленного пациента ПМП).

8. Изменение в системе финансирования на уровне ПМП должно идти параллельно с пересмотром обязанностей работников системы ПМП (например, интеграция вторичной медицинской помощи по вопросам ТБ и репродуктивного здоровья).

9. Необходимо исключить перекрытие функций скорой медицинской помощи и ПМП, что потребует поэтапного внедрения новой ступенчатой схемы оказания неотложной помощи, проведения профессиональной сортировки обращений по телефону и предоставления профессионального совета/консультации при тривиальных обращениях.

10. Пациенты могут играть более активную роль в плане оказания самопомощи, основанной на современных знаниях при распространенных расстройствах и состояниях, не требующих оказания профессиональной медицинской помощи. Информирование и медико-санитарное просвещение является важным направлением такой работы, и медработники должны уделять этому разделу работы больше внимания. Все учебные программы подготовки сотрудников для системы ПМП должны включать вопросы активной коммуникации с пациентами.

11. Необходимо узаконить консультации по телефону и выделить в графике врачей первичного звена время для этой работы (консультирование после очного приема, результаты анализов, выписка повторных рецептов при распространенных хронических заболеваниях).

12. Для того чтобы разгрузить врачей первичного звена от немедицинских функций, снизить необходимость посещений на дому только для определения факта нетрудоспособности, необходимо изменить систему выдачи больничных листов и ученических справок на короткие сроки при распространенных расстройствах, не требующих оказания профессиональной медицинской помощи. Контроль за пропуском рабочих дней при коротких случаях нетрудоспособности возложить на работодателей, а за пропуском учащихся в школах – на родителей.

Данные рекомендации в некоторой степени созвучны с уже существующей политикой развития первичной медицинской помощи в Республике Беларусь.

Оценка, данная специалистами ВОЗ в области ПМП, является первым важным шагом в получении исходной достоверной информации о функционировании системы ПМП и обеспечении ее оптимальных результатов.

Предлагаемые изменения в деятельности медицинского персонала должны быть направлены на раннее выявление онкологических заболеваний и снижение потерь и осложнений от болезней системы кровообращения.

Параллельное внедрение скрининговых программ, т. е. обследование населения, которое не жалуется на свое самочувствие, в систему работы врача общей практики, наряду со своевременным выявлением и лечением предопухолевых состояний, несомненно даст положительный эффект.

Так, в Японии 90 % случаев рака желудка выявляют на I стадии развития патологического процесса, в то же время в России 90 % случаев рака желудка выявляется лишь в III степени. Конечно, ВОП с трудом обнаружит рак в начальной стадии, но он обязан реализовывать скрининговые программы выявления онкозаболеваний на своем участке, с последующей консультацией пациентов у онколога. Он должен организовать обслуживание пациентов на своем участке на предмет изучения генетических предрасположенностей к развитию онкопроцесса в будущем. В дальнейшем лечение и диспансерное наблюдение должны проводиться в онкодиспансерах и онкоцентрах по единым утвержденным протоколам.

Одной из основных движущих сил в высоких показателях смертности населения являются потери от болезней системы кровообращения. Противостоять эпидемии сердечно-сосудистых заболеваний может правильная организация работы ВОП. Она должна быть сконцентрирована не на проценте «охвата» лиц, подлежащих диспансерному наблюдению на врачебном участке, а на изменении тактики борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

В ее основу должно быть положено раннее выявление гипертонической болезни, выявление пациентов группы риска, обратив особое внимание на лиц трудоспособного возраста, где наиболее велики потери, необходим строгий контроль за уровнем липидов крови и других важных биохимических показателей. Пациенты должны быть обследованы на предмет сахарного диабета и других сопутствующих заболеваний, которые ведут к ранней инвалидности и усугубляют прогноз развития осложнений. При наличии 1800–2000 человек на одном врачебном участке у ВОП выполнение этих задач вполне реально.

Наряду с этими мерами необходимо внедрение в практику работы амбулаторного звена института помощника врача или увеличить число медицинских сестер в первичном звене. Параллельно следует расширить финансирование служб ПМП, оснастив их современным диагностическим

оборудованием. Следует перестроить отношения в системе ВОП – узкий специалист. Направление к узким специалистам должно осуществляться только после первичного осмотра врача общей практики. Одновременно нужно решить проблему лекарственной доступности для большинства пациентов. Стратегической задачей здесь должно стать развитие отечественной фармпромышленности. А в тактическом плане возможно рассмотрение вопроса о внедрении элементов страхования на приобретаемые лекарственные препараты. Как вариант – введение специальной наценки на алкоголь, которая будет частично покрывать затраты пациентов на лекарственные средства.

Снижение потерь от сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний невозможно представить без дальнейшего развития высокотехнологической специализированной помощи.

Должны приветствоваться любые мероприятия государственной власти любого уровня, направленные не только на пропаганду, а в большей степени на внедрение здорового образа жизни населения.

Реализация поставленной задачи – снижение смертности в масштабах государства, наряду с вышеперечисленными мерами, потребует и реорганизации большинства стационаров (реорганизации стационарной помощи).

Изменения на стационарном уровне оказания помощи потребуют создания новой структуры организации работы больничных учреждений. На смену существующим больницам должны прийти стационары, имеющие в своем составе мощное консультативно-диагностическое отделение, в котором предполагается организовать работу врачей-специалистов. Пациент, получив направление для консультации от ВОП, поступает в консультативно-диагностическое отделение, где его осматривает профильный специалист.

После выполнения необходимых диагностических исследований принимается решение о назначении амбулаторного лечения или госпитализации в профильное отделение стационара.

В состав больничных отделений должны входить 5–6 коек интенсивного лечения. Предполагается, что такой вариант организации стационарной помощи значительно сокращает сроки пребывания больного и позволяет интенсифицировать процесс лечения. После выписки из стационара больному должны быть выданы рекомендации, которые будут реализовываться врачом общей практики.

В случае необходимости по медицинским показаниям больной может быть направлен для дальнейшего лечения в профильный специализированный медицинский центр.

Предлагаемый вариант изменений в оказании медицинской помощи населению будет способствовать улучшению конечных показателей системы здравоохранения.

Выдвинутые положения, возможно, носят дискуссионный характер, но важность проблемы побуждает искать новые подходы и решения.

Развитие рыночных отношений в государствах Содружества привело к изменениям принципов оказания медицинской помощи населения. В ряде государств была внедрена система медицинского страхования, что привело к замене системы охраны здоровья на систему оказания медицинских услуг, что вполне объяснимо с позиций либеральной модели общества. Но подобные метаморфозы соответствуют ли потребностям общества? Адекватны ли наши усилия по реформированию системы здравоохранения надеждам населения и тем вызовам, которые преподносит нам жизнь? Ответ на эти проблемы должен быть найден путем широкого обсуждения в средствах массовой информации, с учетом того, что в следующем 2018 году мы будем отмечать 40-летие Алматинской конференции. На наш взгляд, было бы целесообразно организовать в рамках Содружества проведение конференции для рассмотрения этих важных вопросов.

*Информационно-аналитический департамент  
Исполнительного комитета СНГ*