

ЛЕКЦИЯ

Тема: Основы организации лечебно-профилактической помощи населению. Амбулаторно-поликлиническая помощь, современные проблемы.

Лектор: доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ИГМУ, к.м.н.
Макаров Сергей Викторович

Вопросы:

- 1. Основные принципы отечественного здравоохранения**
- 2. Виды лечебно-профилактической помощи населению**
- 3. Первичная медико-санитарная помощь, ее задачи и составляющие**
- 4. Амбулаторно-поликлиническая помощь, принципы и методы, классификация учреждений**
- 5. Задачи и структура поликлиники**
- 6. Задачи и функции участкового врача-терапевта**
- 7. Анализ деятельности поликлиники**
- 8. Основные проблемы амбулаторно-поликлинического звена**
- 9. Основные направления совершенствования взаимосвязи и преемственности между амбулаторно-поликлиническими и стационарными учреждениями**
- 10. Проблемы ПМСП на современном этапе**
- 11. Общая врачебная практика**
- 12. Приоритетный национальный проект в сфере здравоохранения**
- 13. Дальнейшие задачи совершенствования системы здравоохранения**

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Право граждан на охрану здоровья закреплено основными принципами отечественного здравоохранения (Федеральный закон от 21.11.2011 г. N323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»)

К ним относятся:

- 1) **соблюдение прав граждан** в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами гос.гарантий;
- 2) **приоритет интересов пациента** при оказании медицинской помощи;
- 3) **приоритет охраны здоровья детей**;
- 4) **социальная защищенность** граждан в случае утраты здоровья;
- 5) **ответственность органов гос. власти** и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья;
- 6) **доступность и качество** медицинской помощи;
- 7) **недопустимость отказа** в оказании медицинской помощи;
- 8) **приоритет профилактики** в сфере охраны здоровья;
- 9) **соблюдение врачебной тайны.**

ВИДЫ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ



ПМСП должна удовлетворять основные потребности населения в области здравоохранения:

- ❖ укрепление здоровья;
- ❖ лечение;
- ❖ реабилитация и поддержка;
- ❖ содействие в само- и взаимопомощи.

ПМСП должна включать в себя следующие составляющие (по определению ВОЗ):

- **санитарное просвещение** по актуальным проблемам охраны здоровья и способам их решения, включая профилактику;
- **обеспечение** достаточным количеством продуктов питания и содействие рациональному питанию;
- **снабжение** достаточным количеством чистой питьевой воды;
- проведение основных санитарно-гигиенических мероприятия;
- **охрана здоровья матери и ребенка**, включая планирование семьи;
- **вакцинация** против основных инфекционных болезней;
- **лечение** распространенных заболеваний и травм;
- **обеспечение** основными лекарственными средствами.

ПМСП (Россия) — это место
первичного контакта пациента
с системой здравоохранения

Концепция ПМСП в РФ ориентирована преимущественно на оказание медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях.

Амбулаторно-поликлиническая помощь — самый массовый вид медицинской помощи; в амбулаторно-поликлинических учреждениях осуществляется высококвалифицированное обслуживание около **80%** всех больных; ежегодно в среднем каждый житель страны 9 раз посещает поликлинику или вызывает врача на дом.

Основными принципами амбулаторно-поликлинической помощи являются:

- 1 участковость;
- 1 доступность;
- 1 профилактическая направленность;
- 1 преемственность и этапность лечения.

Диспансерный метод работы

подразумевает активное динамическое наблюдение за состоянием здоровья отдельных контингентов населения.

Диспансерный метод применяется в работе с определенными группами здоровых людей (дети, беременные, военнослужащие, спортсмены и т. д.), а также с больными, подлежащими диспансерному наблюдению.

Классификация амбулаторно-поликлинических учреждений

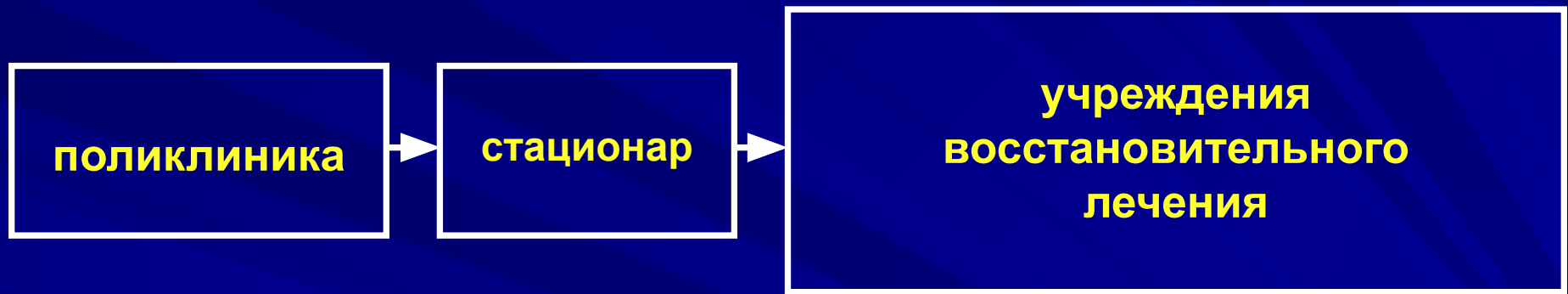
В соответствии с приказом Минздрава РФ от 6 августа 2013 года № 529н «Об утверждении Единой номенклатуры государственных и муниципальных учреждений здравоохранения» амбулаторно-поликлинические учреждения включают следующие наименования:

1.3.1. **Амбулатория.**

1.3.2. **Поликлиники**, в том числе:

- городская, в т.ч. детская;
- центральная районная;
- стоматологическая, в том числе детская;
- консультативно-диагностическая, в т.ч. для детей;
- психотерапевтическая;
- физиотерапевтическая.

Амбулаторно-поликлиническая помощь является первым этапом единой цепочки лечебно-профилактического процесса:



Между всеми звеньями амбулаторно-поликлинической помощи должна существовать **преемственность**, позволяющая **исключать дублирование обследований** и ведения медицинской документации, обеспечивать комплексность лечения и диагностики, объединение усилий в профилактической работе.

При размещении поликлиник в городах следует основываться на принципе ступенчатости с учетом медико-санитарного зонирования.

Рекомендуются следующие основные уровни:

1. Общегородской
2. Уровень медико-санитарных зон
3. Районный:
 - зона деятельности базовой поликлиники;
 - зона деятельности типовой поликлиники.

Городская поликлиника является амбулаторным учреждением, оказывающим лечебно-профилактическую помощь населению в возрасте 18 лет и старше и призванным осуществлять в районе своей деятельности следующие задачи:

- оказание **квалифицированной и специализированной медицинской помощи** населению непосредственно в поликлинике и на дому;
- организация и проведение среди населения обслуживаемого района и работников прикрепленных промышленных предприятий **комплекса профилактических мероприятий**, направленных на снижение заболеваемости, инвалидности и смертности;
- осуществление **диспансеризации населения** и, прежде всего лиц с повышенным риском заболеваний сердечнососудистой системы, онкологических и других болезней;
- организация и проведение **мероприятий по санитарно-гигиеническому воспитанию населения**, пропаганде здорового образа жизни.

Примерная структура поликлиники

**Руководство
поликлиники**



```
graph TD; A[Руководство поликлиники] --> B[Регистратура]; A --> C[Отделение профилактики]; A --> D[Лечебно-профилактические подразделения]; A --> E[Вспомогательные лечебно-диагностические подразделения];
```

The diagram illustrates the organizational structure of a polyclinic. At the top is the 'Руководство поликлиники' (Polyclinic Management). Below it, four lines branch out to four separate boxes representing different departments: 'Регистратура' (Registration), 'Отделение профилактики' (Prevention Department), 'Лечебно-профилактические подразделения' (Therapeutic and Preventive Subdivisions), and 'Вспомогательные лечебно-диагностические подразделения' (Auxiliary Therapeutic and Diagnostic Subdivisions).

Регистратура

**Отделение
профилактики**

**Лечебно-
профилактические
подразделения**

**Вспомогатель-
ные лечебно-
диагности-
ческие
подразделения**

Структура городской поликлиники может зависеть от:

- **численности** и особенностей **состава** населения (по полу, возрасту, профессиям);
- **состояния здоровья** обслуживаемого контингента (заболеваемости);
- **экономических возможностей** территории субъекта РФ (финансирование, кадры, материально-технические ресурсы);
- **сложившихся** на территории **особенностей** организации и управления лечебно-профилактической помощью.

Терапевтическое отделение

Основным структурным подразделением поликлиники является **терапевтическое отделение**, а ведущей фигурой – **участковый терапевт (врач общей практики)**.

В состав терапевтического отделения могут входить от шести до десяти участков; возглавляет отделение заведующий.

- Основными задачами участкового врача-терапевта являются:
- оказание населению участка квалифицированной терапевтической помощи на приеме в поликлинике и на дому;
 - организация и проведение профилактических мероприятий;
 - проведение мероприятий по снижению заболеваемости и смертности населения.

Участковый терапевт обязан обеспечивать (функции):

- **своевременную квалифицированную терапевтическую помощь** населению своего участка в поликлинике и на дому;
- **экстренную медицинскую помощь** больным;
- **своевременную госпитализацию** больных с обязательным предварительным обследованием при плановой госпитализации;
- **консультирование больных** заведующим терапевтическим отделением, врачами других специальностей;
- **использование** в своей работе современных методов профилактики, диагностики и лечения;
- **экспертизу временной нетрудоспособности** больных в соответствии с действующим положением;

- организацию и проведение **комплекса мероприятий по диспансеризации** населения участка, анализ эффективности и качества диспансеризации;
- **выдачу заключений** жителям своего участка, проходящим на медицинские осмотры;
- **раннее выявление**, диагностику и лечение **инфекционных заболеваний**;
- систематическое **повышение своей квалификации** и уровня медицинских знаний участковой медсестры;
- активное и систематическое **проведение санитарно-просветительной работы** среди населения участка.

Анализ деятельности поликлиники

Основным отчетным документом медицинского учреждения является годовой отчет «Сведения о лечебно-профилактическом учреждении за год» (ф. 30).

Показатели работы поликлиники:

I группа показателей – показатели обеспеченности населения амбулаторно-поликлинической помощью:

- обеспеченность населения поликлинической помощью;
- обеспеченность населения врачебными кадрами (по каждой врачебной специальности на 10 000 жителей).

II группа показателей – показатели, характеризующие нагрузку врачей:

- средняя численность населения на одном терапевтическом участке
- нагрузка врача на 1 час амбулаторного приема
- нагрузка врача на дому (в расчете на 1 час работы)

III группа показателей – показатели, характеризующие организацию работы участковых врачей-терапевтов:

- соблюдение участковости на амбулаторном приеме (в %)
- активность посещений на дому (в %)
- повторность амбулаторных посещений

IV группа показателей – показатели первичной, общей заболеваемости и инвалидности населения

- первичная заболеваемость населения
- общая заболеваемость (распространенность)

V группа показателей – показатели профилактической деятельности поликлиники:

- удельный вес профилактических посещений от общего числа посещений (в %)
- полнота охвата профилактическими осмотрами (в %)

VI группа показателей – показатели качества диагностики в поликлинике:

- процент позднего выявления злокачественных новообразований
- процент позднего выявления туберкулеза легких
- процент расхождения диагнозов поликлиники и стационара

Основные проблемы амбулаторно-поликлинического звена

- **Потток кадров** (в коммерческие структуры, стационары и т.д.);
- **Отставание нормативной базы** АПУ, нормирования труда, объемов финансирования
- **Низкая эффективность** деятельности и неудовлетворительное КМП;
- **Несовершенство форм межсекторального подхода** к взаимодействию амбулаторно-поликлинической службы с другими звеньями оказания медицинской помощи;
- **Незначительная роль первичного звена** в организации и планировании самой специализированной помощи, в частности, в управлении объемами госпитализации прикрепленного населения;

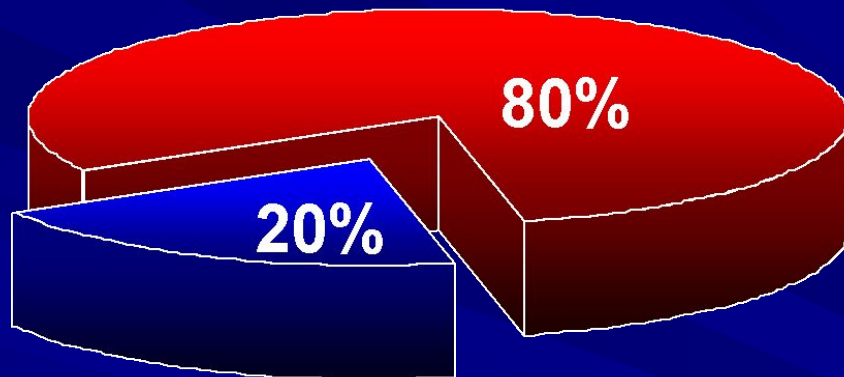
- **ограниченное совмещение** деятельности или ротация специалистов поликлиники и стационаров;
- **недостаточно оснащенная** материально-техническая база (недостаток компьютеров, транспорта и пр.);
- **диссонанс** между конечными результатами работы медиков и размерами ее оплаты;
- **сокращение объема** профилактической (прежде всего, диспансерной) работы, «невыгодность» ее проведения в условиях ОМС;
- **забвение санитарного просвещения**, участия населения в укреплении своего здоровья;
- **разрушение участковой терапевтической службы** по причине развития и широкого внедрения специализированной медицинской помощи в АПУ;
- **падение престижа труда** и низкий статус участкового врача-терапевта.

Недостатки в работе ряда современных поликлиник

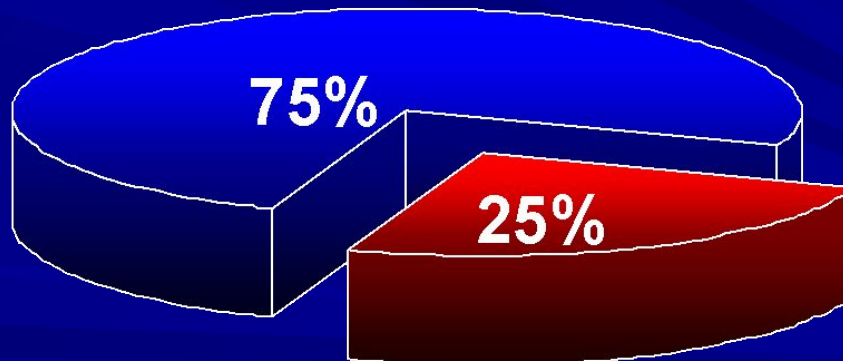
- **отсутствие преемственности** в обследовании и лечении пациентов, что нередко приводит к назначению взаимоисключающих методов;
- **разобщенность сведений** об обследуемом пациенте;
- **очереди на прием к специалистам**;
- **отсутствие систематического наблюдения** за прикрепленным контингентом;
- **снижение уровня знаний** у участковых терапевтов и педиатров, ухудшение качества их работы (превращение их даже не в "диспетчеров", а в "бюллетенщиков");
- **перегруженность** врачей-специалистов за счет большого числа необоснованно направленных пациентов;
- **снижение авторитета и престижа** врачей амбулаторно-поликлинической службы;
- **недообследованность и недолеченность** больных, что нередко является причиной хронизации у них патологии.

Диспропорции потоков пациентов и условий финансирования основных видов медицинской помощи

Распределение пациентов, начинающих и заканчивающих лечение

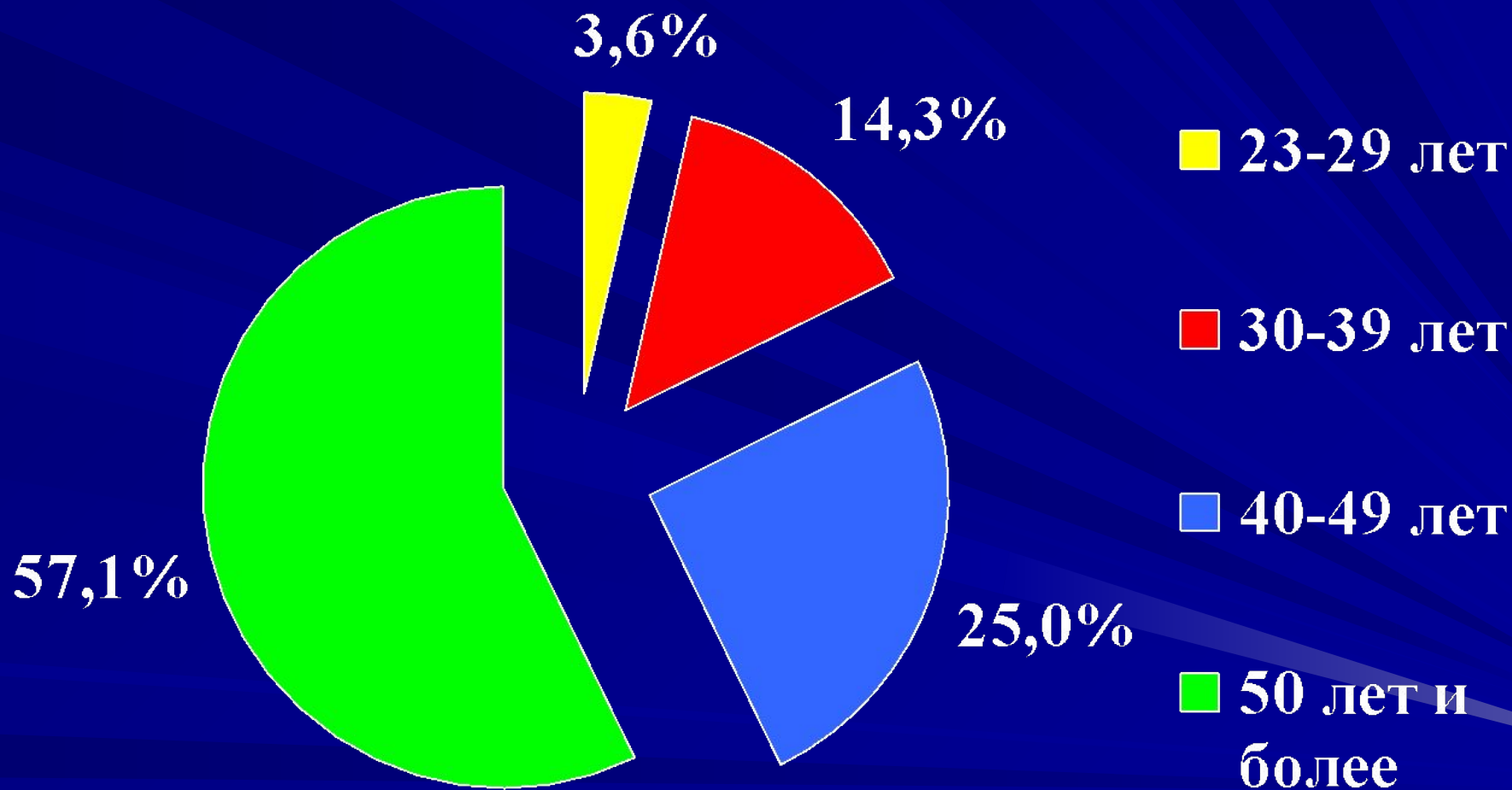


Распределение финансирования



- амбулаторно-поликлиническая помощь
- стационарная помощь

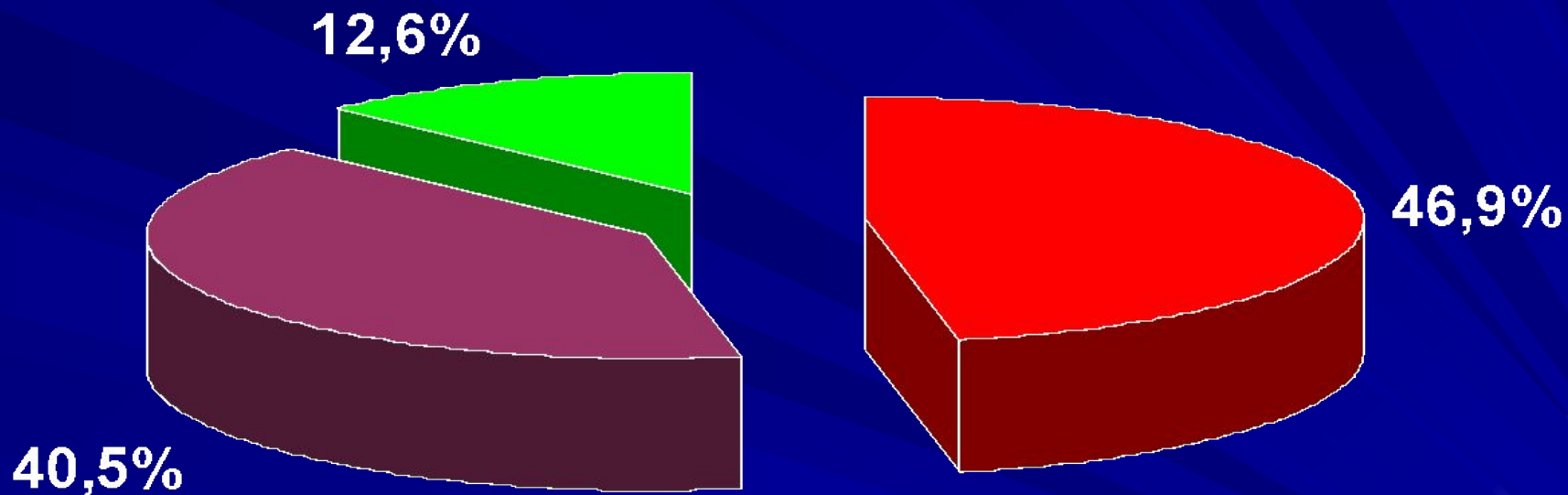
Возрастной состав врачей амбулаторно-поликлинического звена г. Иркутска



Среди обращающихся в амбулаторно-поликлинические учреждения **26,4%** составляют лица возрастной группы **60 лет и старше**. Основной причиной их обращения является получение льготного рецепта и направления на госпитализацию.

Лица возрастной группы **30 – 49 лет** (основная часть трудоспособного населения) составляют **39,7%** посетивших поликлинику. Основной целью их обращения является оформление больничного листа.

Причины редкого обращения населения в амбулаторно-поликлинические учреждения (по данным социологического опроса)

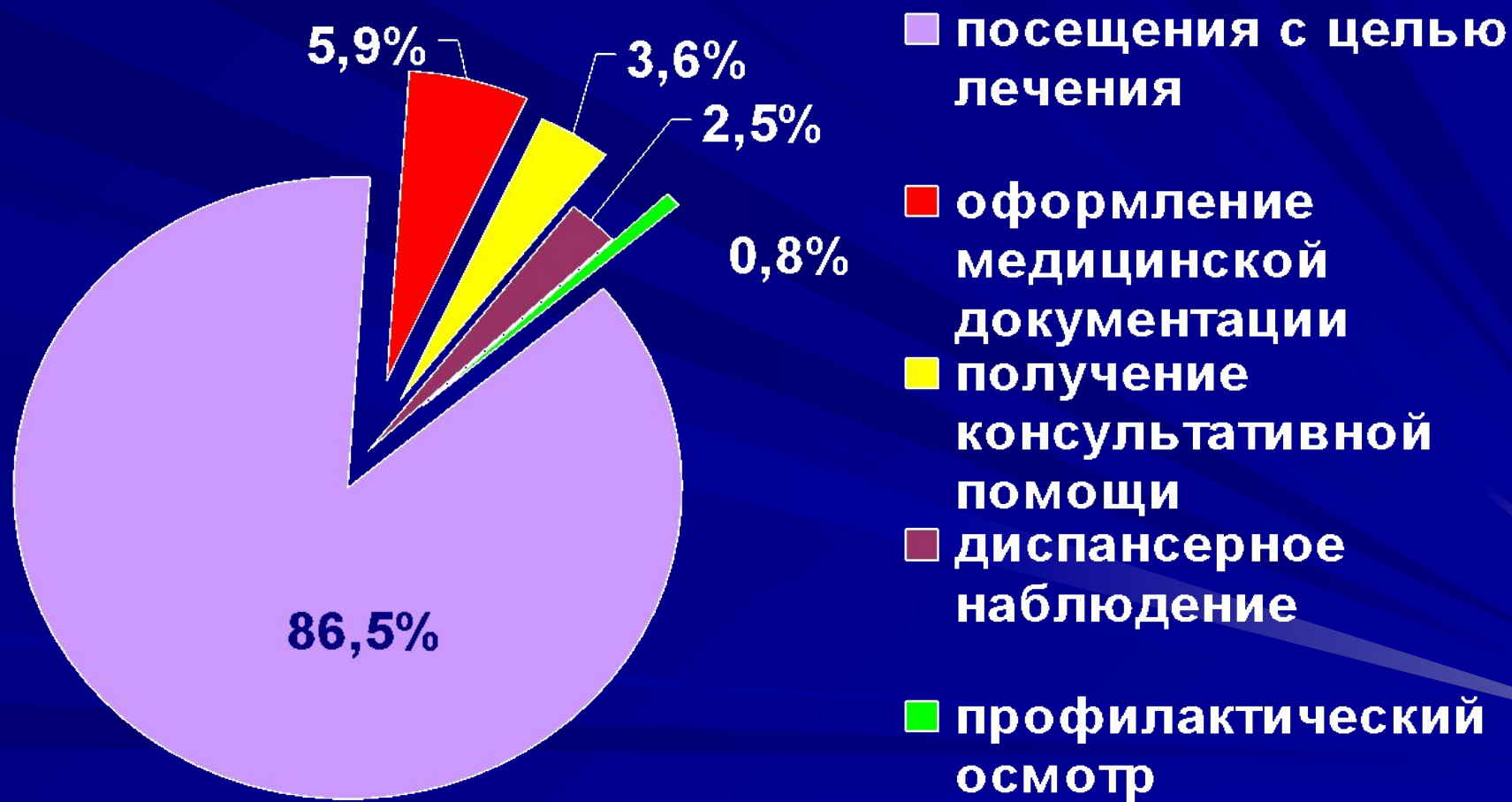


■ обращаются, "когда совсем плохо"

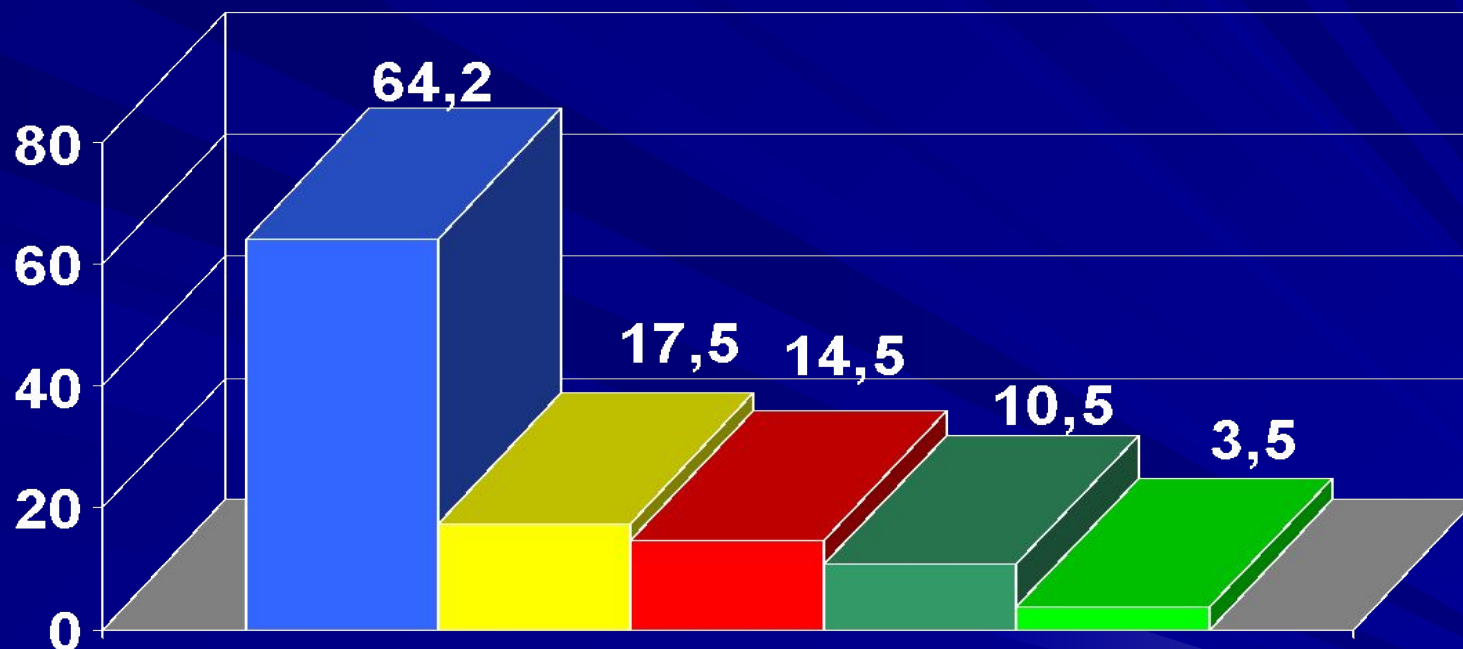
■ "постоянно откладывают" и "не хотят знать, какое заболевание"

■ надеются на домашние средства" и "на улучшение без обращения к врачу"

Структура видов посещений врачей амбулаторно-поликлинических учреждений

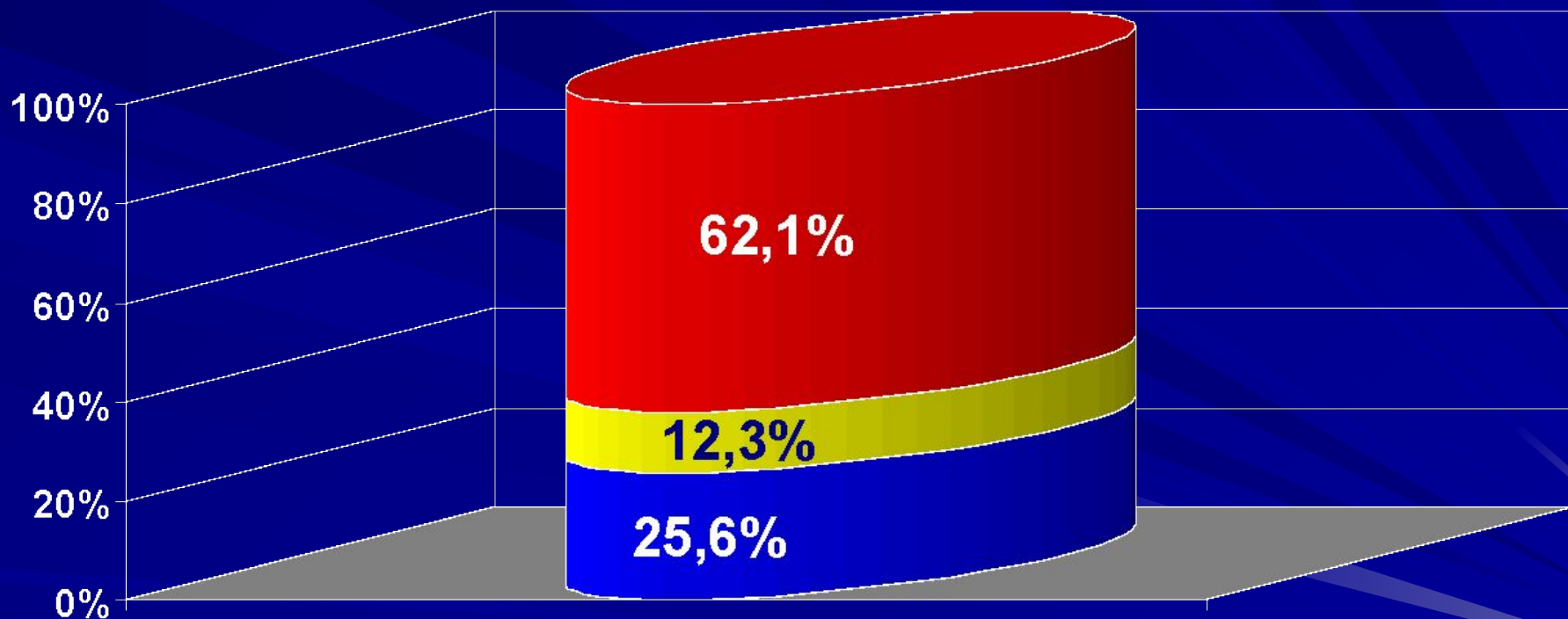


Причины неполноценного обследования амбулаторных больных (в %)



- дефекты работы лечащего врача
- перегруженность или отсутствие оборудования
- отказ больного
- невозможность выполнения исследования на дому
- особенности течения заболевания

Своевременность посещения врача амбулаторно-поликлинического звена больными, пролеченными в стационаре



- больные "дошли" до поликлиники в течение 1 месяца
- больные "дошли" до поликлиники спустя 1 месяц
- больные не пришли в поликлинику после выписки из стационара

Основные направления совершенствования взаимосвязи и преемственности между амбулаторно-поликлиническими и стационарными учреждениями:

1. **Внедрение** в АПУ стандартов лабораторно-диагностических исследований при различных нозологических формах.
2. Более **строгое следование** врачей АПУ разработанным **стандартам**.
3. **Изменение** организации **приема** в лабораторно-диагностических отделениях и направления на проведение необходимых исследований и консультаций в другие ЛПУ с целью создания приоритетных условий диагностического обследования плановых госпитализируемых больных в кратчайший срок.
4. **Проведение** заведующими отделениями в АПУ регулярного текущего анализа ошибок догоспитального обследования больных, выявление и устранение причин их возникновения.

5. **Модификация** сопроводительной медицинской документации на до- и постгоспитальном этапах.
6. Более **четкая организация** консультативно-диагностической помощи внутри стационара.
7. **Использование** системы чередования «поликлиника-стационар» с целью повышения квалификации и улучшения взаимосвязи лечащих врачей амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждений.
8. **Проведение** периодического социологического опроса среди медицинского персонала и руководителей АПУ для получения информации о наиболее актуальных проблемах организации и КМП населению.

Проблемы в организации ПМСП на современном этапе

- крайне **низкий удельный вес врачей**, оказывающих первичную медицинскую помощь;
- необоснованно **высок удельный вес пациентов**, направляемых участковыми врачами к врачам "узких" специальностей;
- **нерациональное использование труда** врачей-специалистов;
- **непомерно высока доля стационарной помощи** в структуре всей лечебно-профилактической помощи населению;
- **оплата труда** врачей **не соответствует** уровню образования и затраченной работе.

МЗ РФ в 1992 г. издало приказ № 237 "О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)"

Врач общей практики – это специалист с высшим медицинским образованием, имеющий юридическое право оказывать первичную многопрофильную медико-социальную помощь населению.

Врач общей практики, оказывающий первичную многопрофильную медико-социальную помощь семье, независимо от возраста и пола пациентов, является **семейным врачом**.

В международной практике врач общей практики и семейный врач обычно рассматриваются как идентичные понятия.

Врач общей практики (семейный врач) осуществляет амбулаторный прием и посещения на дому, оказание неотложной помощи, проведение комплекса профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, содействие в решении медико-социальных проблем семьи.

В обязанности врача общей практики входит:

- проведение санитарно-просветительной работы по воспитанию населения, пропаганде здорового образа жизни, предупреждению развития заболеваний;
- осуществление профилактической работы, направленной на выявление ранних и скрытых форм заболеваний и факторов риска;
- осуществление динамического наблюдения за состоянием здоровья пациентов с проведением необходимого обследования и оздоровления;
- оказание срочной помощи при неотложных и острых состояниях;
- своевременная консультация и госпитализация больных в случае необходимости;

- **проведение лечебных и реабилитационных мероприятий** в объеме, соответствующем требованиям квалификационной характеристики;
- **проведение экспертизы** временной нетрудоспособности;
- **организация медико-социальной и бытовой помощи** совместно с органами социальной защиты и службами милосердия одиноким, престарелым, инвалидам, хронически больным;
- **оказание консультативной помощи семье** по вопросам иммунопрофилактики; вскармливания, воспитания детей, подготовки их к детским дошкольным учреждениям, школе, профориентации; планирования семьи, этики, психологии, гигиены, социальных и медико-сексуальных аспектов семейной жизни;
- **ведение** утвержденных форм **учетной и отчетной документации.**

Модели деятельности врачей общей практики

Модель 1

Врач общей практики (семейный врач) работает индивидуально. Обслуживает население всех возрастов. Выполняет функции и терапевта, и педиатра, и акушера-гинеколога, а также ряд функций врачей узких специальностей. Такой врач обычно обслуживает от 1000 до 3000 человек, работает ежедневно (за исключением выходных) с 8.00 до 20.00, принимает в среднем в неделю 100 – 140 человек и осуществляет 1 – 5 визитов в день. Обычно он имеет свой офис, хорошо оснащенный современным оборудованием, и живет, как правило, в районе обслуживания, что позволяет ему осуществлять визиты на дом в нерабочее время.

Модель 2

Обслуживание пациентов осуществляется группой врачей (групповая врачебная практика). Врачи работают во врачебной амбулатории, которая обслуживает до 10 000 жителей. При этой модели врачи общей практики (семейные врачи) в основном ведут прием пациентов, а остальную работу выполняют средние медицинские работники.

Модель 3

Несколько групповых врачебных практик объединяются в центры здоровья, которые обслуживают 30 000 – 40 000 человек. По сравнению с врачебной амбулаторией функции центров расширяются и включают в себя:

- охрану здоровья матери и ребенка;
- охрану здоровья работающего населения;
- заботу о здоровье учащихся;
- охрану здоровья престарелых;
- оказание стоматологической помощи;
- оказание первичной медицинской и лечебной помощи (амбулаторной и стационарной);
- пропаганду здорового образа жизни;
- транспортировку больных.

При центрах организуются специальные стационары по уходу за больными, инвалидами и престарелыми.

В большинстве экономически развитых стран присутствует групповая практика (либо вторая, либо третья модель).

Большинство специалистов склоняются к внедрению одной из форм групповой практики.

В ряде регионов России уже стали внедрять групповую общеврачебную практику. Так, вначале в Иваново, а затем в Санкт-Петербурге разработали и внедрили такую форму общеврачебной практики, как **акушерско-педиатрическо-терапевтический комплекс (АПТК)**. При этой модели ПМСП строится в два этапа:

I этап: АПТК

II этап: консультативно-диагностические подразделения (центры, создаваемые на базе стационара).

Организации АПТК должна предшествовать большая подготовительная работа:

1. С целью снижения нагрузки в поликлиниках на территории обслуживания целесообразно **организовать комнаты здоровья** по месту жительства.
2. Снижение нагрузки в поликлинике позволяет **укрупнять терапевтические участки** до **2300** человек.
3. В детских поликлиниках **ликвидируются школьно-дошкольные отделения**, а обслуживание детских образовательных учреждений передается участковой службе, что позволяет **разукрупнить педиатрические участки** за счет высвободившихся штатных единиц. В АПТК педиатр может обслуживать 380 – 400 детей плюс 100 – 130 детей детских образовательных учреждений.
4. Самостоятельность и ответственность работников АПТК позволяет **сократить число должностных лиц**, выполняющих в основном **контролирующие функции** (заведующий отделением, старшая медицинская сестра и др.).
5. **Акушерско-гинекологические участки** при организации АПТК могут оставаться **без изменения**.

Приоритетный национальный проект в сфере здравоохранения

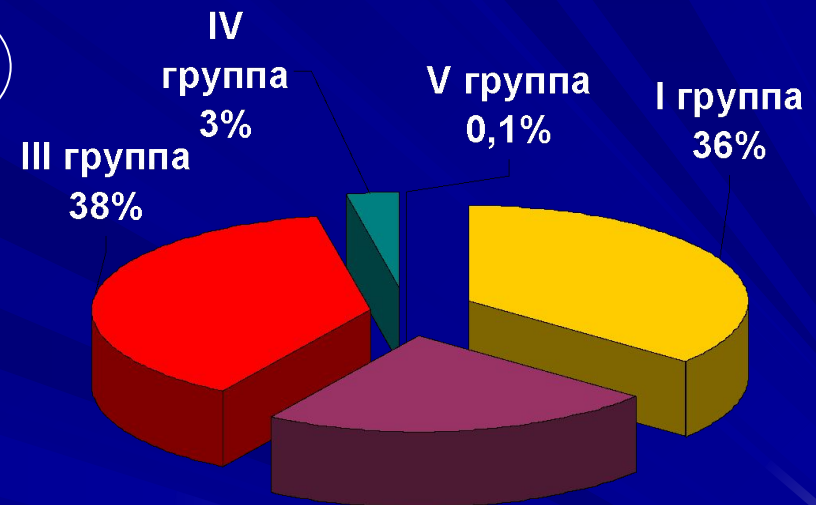
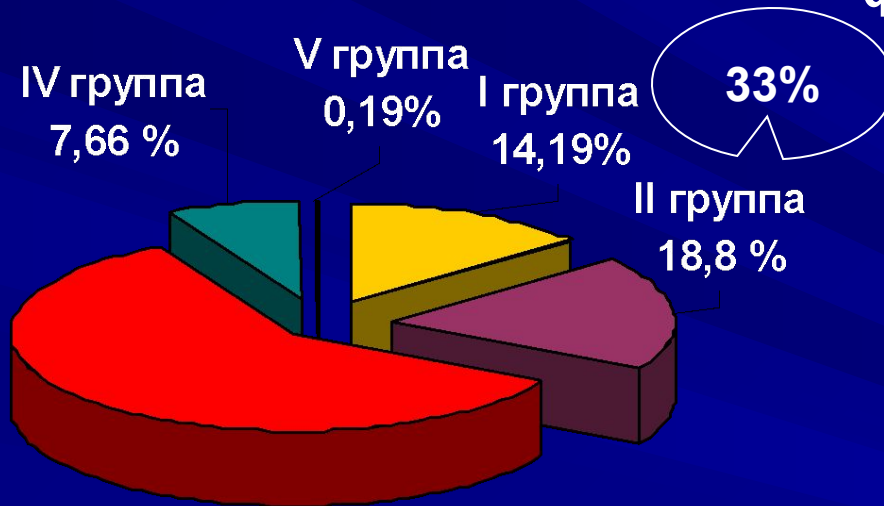
- Развитие **первичной медицинской помощи**
- Развитие **профилактического направления** медицинской помощи
- Обеспечение населения **высокотехнологичной** медицинской помощью

Дополнительная диспансеризация

Распределение по группам здоровья

Дополнительная диспансеризация работников бюджетной сферы

Дополнительные медицинские осмотры работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами



III группа
59,15 %

II группа
23%

I группа - практически здоровые;

II группа - риск развития заболеваний;

III группа - нуждаются в дополнительном обследовании, лечении в амбулаторно-поликлинических условиях;

IV группа - нуждаются в дополнительном обследовании, лечении в стационарах;

V группа - нуждаются в высокотехнологичной медицинской помощи

33%

59%

Мероприятия Приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения, направленные на повышение качества медицинской помощи:

- введен **полицевой учет** врачебных кадров первичного звена здравоохранения;
- установлен **поименный перечень** лечебных учреждений, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь;
- **приведены в соответствие с нормативами** численности обслуживания населения врачебные участки;
- осуществляются **поставки медицинского оборудования** в учреждения здравоохранения для приведения их оснащенности в соответствие с табелем (стандартом) оснащения;
- **разработаны единые стандарты** оказания медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях, федеральных специализированных медицинских учреждениях

Дальнейшие задачи совершенствования системы здравоохранения

- Продолжение создания **персонифицированного учета** медицинской помощи населению Российской Федерации, включая в этот процесс стационарное звено;
- Перевод учреждений здравоохранения, оказывающих амбулаторно – поликлиническую и стационарную помощь, на оказание медицинской помощи **по конечному результату** с учетом критериев **качества** и **повышение уровня оплаты труда**;
- **Внедрение стандартов** оказания медицинской помощи и унифицированных методов финансирования медицинской помощи;
- Создание преимущественно **одноканальной системы финансирования** здравоохранения;
- Приведение существующей **материально – технической базы** медицинских учреждений в соответствие с табелем оснащения;
- Выведение части объемов **стационарной медицинской помощи** и медицинских кадров **в амбулаторно-поликлинические учреждения**;
- Внедрение элементов **наращивания фонда** финансирования на

БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ!