

**Организация первичной
медико-санитарной помощи,
(этапность,
взаимодействие, функции)**

Лекцию составила
к.м.н.Абдукаюмова Умитжан
Асылбековна

Алма-Атинская декларация

«ПМСП существенно важная часть медико-санитарного обеспечения, повсеместно доступна как отдельным лицам, так и семьям, удобная для населения, предполагает всестороннее участие населения и несет затраты, приемлемые как для жителей, так и страны в целом»

Алма-Атинская декларация, 1978г.

Компоненты ПМСП (по Алма-Атинской декларации):

- повышение уровня осведомленности населения о широко распространенных патологических состояниях и методах их профилактики;**
- содействие адекватному снабжению продовольствием и пропаганда правильного и полноценного питания;**
- обеспечение доброкачественным водоснабжением и улучшение санитарных условий;**
- охрана материнства и детства, включая планирование семьи;**
- иммунизация против основных инфекционных заболеваний;**
- контроль за местными эпидемическими заболеваниями и их профилактика;**
- соответствующее лечение широко распространенных заболеваний и травм;**
- обеспечение основными лекарственными средствами.**

Новые акценты ПМСП:

- 1. Равенство доступа и социально-экономическая эффективность. Квалифицированная ПМСП предотвращает госпитализацию, сокращает необходимость использования специалистов и высокотехнологичных методов диагностики и обеспечения более высокую эффективность медпомощи при меньших затратах.**
- 2. Пакет основных услуг (объем медицинской помощи), хорошо подготовлены врач общей практики может диагностировать и лечить свыше 90% заболеваний.**
- 3. Непрерывность помощи если врач ПМСП не может решить определенную медицинскую проблему, он должен направить пациента «выше» т.е. передать его в следующее звено.**

Типичные формы организации первичной медико-санитарной помощи

Страна	Организация практики
Великобритания	В основном, групповая практика (несколько врачей работают как команда); индивидуальная практика составляет 10%
Канада	Индивидуальная практика, но часто совместно с партнерами (без общих пациентов).
Австралия	Индивидуальная практика
Финляндия	Муниципальные центры ПМСП нанимают по несколько врачей, а также частных врачей, которые получают государственное финансирование
Япония	Индивидуальная практика
Малайзия	Раньше ВОП практиковали отдельно друг от друга. Наблюдается тенденция к формированию партнеров, объединяющих клиники ПМСП.
Система «Эйч Эм О» в США	Индивидуальная практика с нарастающей тенденцией к групповым практикам.

Система оплаты труда врачей первичной медико-санитарной помощи

Страна	Преобладающая система оплаты
Великобритания	Комбинация фиксированного оклада, подушевого финансирования, платы за определенные предоставленные услуги и поощрение за достижение поставленных целей (за определенные показатели).
Канада	Оплата за услугу/ визит к врачу (экспериментальные проекты внедряют систему подушевого финансирования).
Австралия	Оплата за услугу (визит).
Финляндия	Зарплата.
Япония	Оплата за услугу.
Малайзия	В частном секторе- оплата за услугу, в государственных организациях ПМСП- зарплата. В настоящее время существует небольшое количество частных врачей, работающих в системе «Эйч Эм О» и получающих подушевое финансирование
Здравоохранения в США	Переход от оплаты за визит к подушевому финансированию (на прикрепленных пациентов; некоторые схемы поощряют сокращение числа направлений).

Соотношение уровня оплаты врачей первичной медико-санитарной и специализированной помощи

Страна	Соотношение уровня оплаты врачей первичной медико-санитарной и специализированной помощи
Великобритания	Хорошее (приблизительно 1:1)
Канада	Приемлемое (2:3)
Австралия	Приемлемое (2:3)
Финляндия	Хорошее (приблизительно 1:1). Зарплата зависит от должности, стажа работы, уровня образования/подготовки и уровня ответственности
Япония	Очень хорошее (приблизительно 2:1)
Малайзия	хорошее
Система «Эйч Эм О» в США	Приемлемое (0.5-0.7 в зависимости от категории врача первичной медико-санитарной помощи и специалиста). Однако управляемое здравоохранение сокращает различие между доходом специалиста и доходом врача первичной медико-санитарной помощи.

**Первичная медико-санитарная
помощь – государственная
деятельность по постоянному и
бесплатному обеспечению населения
доступными видами медицинской
помощи, осуществляемая
медицинскими работниками
амбулаторно-поликлинических
медицинских организаций при
обращении граждан за медицинской
помощью.**

Цель :

- Создание эффективной системы оказания медицинской помощи, основанной на принципах солидарной ответственности за охрану здоровья между государством и человеком, приоритетном развитии первичной медико-санитарной помощи, направленной на улучшение здоровья населения

Задачи:

- **Разделение ответственности за охрану здоровья между государством и человеком;**
- **переход на международные принципы организации оказания медицинской помощи с переносом центра тяжести на первичную медико-санитарную помощь (далее – ПМСП);**
- **создание новой модели управления здравоохранением и единой информационной системы отрасли;**
- **укрепление здоровья матери и ребенка, улучшение медико-демографической ситуации;**
- **ежегодное снижение уровня социально значимых заболеваний;**
- **реформирование медицинского образования**

ВОЗ отмечает два важных аспекта ПМСП:

- **Всесторонность (всеобъемлющая, интегрированная):**
 - человек любого пола и возраста может обратиться с любой проблемой к одному медработнику в одну медицинскую организацию. Здоровье рассматривается в контексте индивида, семьи и сообщества
- **Непрерывность:**
 - человек наблюдается в одной ЛПО от рождения до смерти. Заболевший человек наблюдается в период ремиссии, обострения, в стационаре

Система здравоохранения республики

- представлена сетью:**
- из 886 больничных**
- и 3463 амбулаторно-
поликлинических медицинских
организаций**

Система организации оказания медицинской помощи в регионах

имеет различия по ряду параметров:

- уровень консолидации функций финансирования и управления;
- размер ресурсов, выделяемых на финансирование гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, в расчете на одного жителя;
- используемые методы финансирования;
- структура ПМСП;
- организационные формы медицинских организаций;
- система контроля качества медицинской помощи.

До настоящего времени:

- объем расходов на стационарную помощь в рамках оказания ГОБМП на местном уровне в три раза превышает расходы на ПМСП,**
- сама система оказания медицинской помощи ориентирована преимущественно на стационарное лечение.**
- С 2000 года отмечается неуклонный рост количества коек вследствие необоснованной госпитализации, превышения сроков пребывания.**
- Одной из главных причин стремления граждан к госпитализации является отсутствие лекарственного обеспечения на амбулаторном уровне, недостаточное качество оказываемых услуг первичного звена.**
- Стационарная помощь пока еще не стандартизирована (за исключением республиканских организаций), система оценки ее качества не совершенна.**

Сложившаяся ситуация по

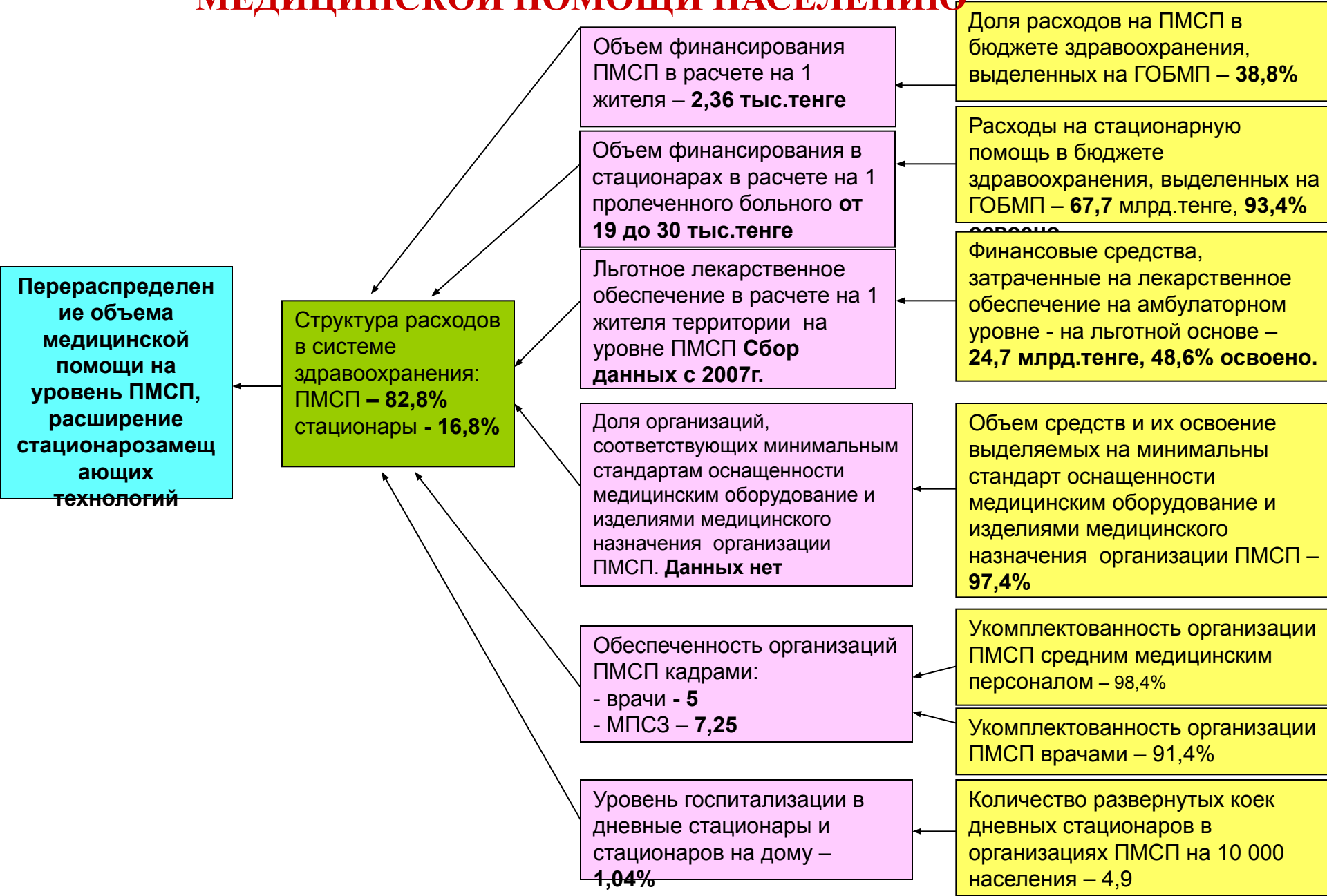
ПМСП:

- недостаточным вниманием к развитию и укреплению ПМСП
- недооценкой реальных возможностей ее первичного звена,
- финансированием по остаточному принципу
- отсталостью в технологическом плане
- нет экономической мотивации к улучшению результатов труда
нет экономической мотивации к улучшению результатов труда,
- недоукомплектованность квалифицированными кадрами,
- неудовлетворительность материально-технической базы лечебно-профилактических организаций

(продолжение)

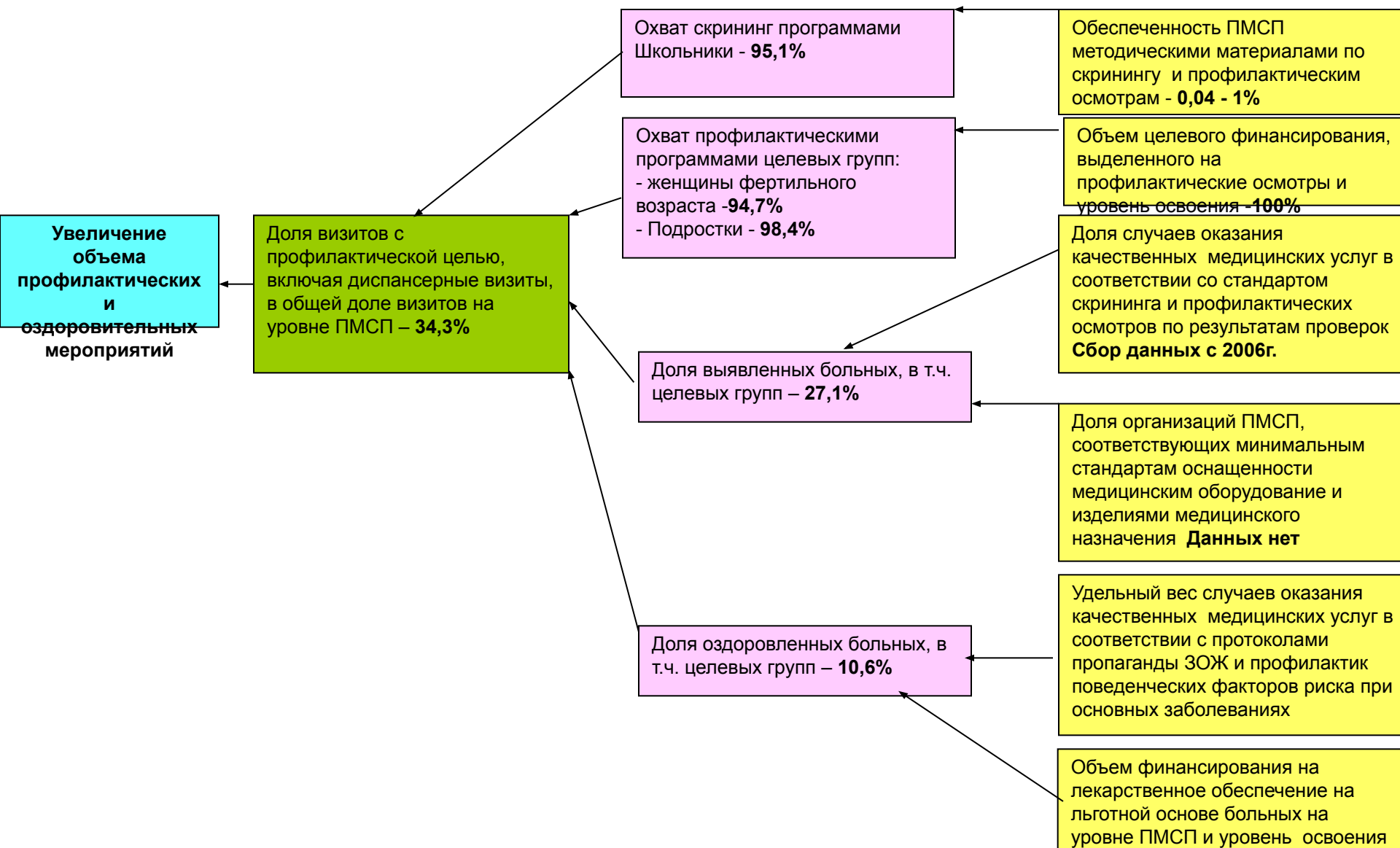
- размещены в непригодных помещениях (на селе- более 70%).
- оснащенность современным медицинским оборудованием, санитарным автотранспортом составляет менее 50%.
- только 36% объектов ПМСП на селе телефонизированы
- не во всех объектах сельского здравоохранения организована реализация лекарственных средств
- подлежат усилению или сносу 447 организаций здравоохранения.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ



- **21 марта 2006 года № 124**
- **зарегистрирован в МЮ 27 марта 2006 года № 4131**
- **О деятельности медицинских**
- **организаций, оказывающих**
- **первичную медико-санитарную помощь**

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ



Первичная медико-санитарная ПОМОЩЬ включает:

- диагностику и лечение наиболее распространенных болезней, а также травм, отравлений и других неотложных состояний,**
- санитарно-гигиенические, противоэпидемические мероприятия и профилактику заболеваний,**
- гигиеническое обучение и воспитание населения, охрану семьи, материнства, отцовства и детства,**
- разъяснительную работу по безопасному водоснабжению и рациональному питанию населения.**

Для успешного достижения своих целей, программа ПМСП должна включать в себя следующие компоненты:

- Повышение уровня осведомленности населения о широко распространенных патологических состояниях и методах их профилактики;**
- Содействие адекватному снабжению продовольствием и пропаганда правильного полноценного питания;**
- Обеспечение безопасности воды и улучшение санитарных условия;**
- Охрана материнства и детства, включая планирование семьи;**
- Иммунизация против основных инфекционных заболеваний;**
- Контроль за эндемичными заболеваниями и их профилактика; Соответствующее лечение широко распространенных заболеваний и травм;**
- Обеспечение препаратами первой необходимости;**

Квалифицированная первичная медико-санитарная помощь:

-предотвращает госпитализацию

**- сокращает необходимость использования
специалистов и высоко-технологичных методов
диагностики**

**-обеспечивает более высокую эффективность
медицинской помощи при меньших затратах.**

**Хорошо подготовленный врач общей практики может
диагностировать и лечить свыше 90% заболеваний**

**Именно количество врачей
первого контакта, а не общее
количество врачей или
медицинских специалистов
наиболее тесно связано с
показателями здоровья нации,
в частности, показателями
продолжительности жизни и
детской смертности**

**Общение и тесная связь между
стационарными врачами и врачом
первой медико-санитарной помощи и, как
следствие, непрерывность медицинского
обслуживания, является важным
преимуществом ПМСП**

На первом этапе (2005-2007 гг.)

- разделение солидарной ответственности государства и граждан за охрану здоровья;
- установление минимальных стандартов по гарантированному объему бесплатной медицинской помощи;
- работа с населением по формированию здорового образа жизни;
- перенос акцента со стационарной на первичную медико-санитарную помощь;
- финансово-административное отделение ПМСП от стационаров;
- укрепление материально-технической базы организаций здравоохранения, в первую очередь ПМСП;
- рационализация службы стационарной и скорой медицинской помощи;
- проведение мероприятий по укреплению здоровья матери и ребенка;

- усиление профилактических, диагностических и лечебно-реабилитационных мероприятий в области социально значимых заболеваний;
- обеспечение качества медицинских услуг путем создания системы независимой медицинской экспертизы;
- внедрение экономических отношений между медицинскими организациями;
- подготовка менеджеров и совершенствование управления ресурсами системы здравоохранения;
- качественное изменение системы подготовки и переподготовки медицинских и фармацевтических кадров для работы в новой системе ПМСП;
- совершенствование нормативной правовой базы системы здравоохранения;
- осуществление мероприятий по переходу к международным стандартам в здравоохранении;
- разработка и внедрение современных информационных технологий.

На первом этапе (2005-2007 ГОДЫ

- будет сохранена и развита существующая сеть амбулаторно-поликлинических организаций,
- улучшится бесплатное или льготное лекарственное обеспечение по видам заболеваний и отдельных категорий граждан при амбулаторном лечении
- будет проведена реструктуризация амбулаторно-поликлинической помощи в городской местности с созданием поликлиник смешанного типа, предоставляющих услуги врачей общей практики и специализированную помощь
- Специализированная помощь в поликлиниках районных центров и городов, а также плановая госпитализация в стационары будет оказываться гражданам только по направлению врачей ПМСП

На втором этапе (2008-2010 гг.)

- преобразование ПМСП путем системного поэтапного укрепления и развития института врача общей практики;**
- реорганизация и укрепление стационарной и скорой медицинской помощи, усиление преемственности на этапах оказания медицинской помощи;**
- повышение качества оказываемых медицинских услуг путем внедрения международных стандартов и создания конкуренции между медицинскими организациями;**
- коренное реформирование медицинского образования;**
- реальное смещение акцента от лечения сформировавшихся болезней к профилактическим мероприятиям и укреплению здоровья «здоровых»;**
- обеспечение солидарной ответственности граждан, работодателей и государства за охрану и укрепление индивидуального и общественного здоровья.**

На втором этапе (2008-2010 годы)

- **переход системы ПМСП на принцип общей врачебной практики.**
- **созданы самостоятельные центры ПМСП.**
- **Финансирование указанных организаций в рамках государственного заказа будет производиться на основе метода подушевого финансирования с элементами фондодержания**
- **одновременные преобразования в организации службы скорой медицинской помощи как неотъемлемого компонента ПМСП**
- **На втором этапе реформирования ПМСП организации, оказывающие скорую медицинскую помощь, должны стать самостоятельными.**

Необходимые ресурсы и источники финансирования:

- На реализацию Программы в 2005-2007 годы будут направлены средства республиканского и местных бюджетов, а также другие средства, не запрещенные законодательством Республики Казахстан.
- Общие затраты из государственного бюджета на реализацию Программы составят 165 658,5 млн.тенге, в том числе из средств республиканского бюджета 134 609,9 млн.тенге, из средств местных бюджетов 31 048,6 млн.тенге.

В 2008-2010 годы предполагается ежегодное увеличение объема финансирования отрасли с доведением его до 4% к ВВП в 2010 году

**Первичная медико-санитарная
помощь предоставляется
населению в форме
амбулаторно-поликлинической,
стационарно-розамещающей,
скорой медицинской помощи.**

Анализ сторон и возможностей ПМСП.

Сильные:

- **1. Приоритетность в Программе ПМСП.**
- **2. Финансирование ПМСП не мене 40%, к 2010 году.**
- **3. Подготовка и переподготовка кадров, в первую очередь ВОП и менеджеров здравоохранения.**
- **4. Строительство, реконструкция, капремонт, материально-техническое оснащение, оснащение санитарным автотранспортом и медикаментами объектов ПМСП.**
- **5. Стационарозамещающая технология (дневные стационары, стационары на дому).**
- **6. Эффективная деятельность объектов ПМСП уменьшает нагрузку на деятельность стационаров и станций скорой помощи (удешевляется оказание медицинской помощи)**
- **7. Профилактическая направленность здравоохранения, разделение ответственности за здоровье населения между государством и самими людьми, а также межсекторальный подход к решению проблем общественного здравоохранения.**

Возможности:

- 1. Достаточное финансирование здравоохранения (4 – 6% от ВВП), выделение на ПМСП не менее 40%. 2. Подготовка квалифицированных кадров.
- 3. Маттехоснащение и строительство объектов здравоохранения.
- 4. Повышение качества оказываемых медицинских услуг.
- 5. Использование передовых технологий.

Слабые:

- 1. Недостаточное количество ВОП и менеджеров здравоохранения, и недостаточный уровень их квалификации.
- 2. Низкий уровень заработной платы и отсутствие социальной поддержки ВОП .3. Низкий уровень материально-технического оснащения объектов ПМСП.4. Сжатые сроки реализации программы.

Угрозы:

- 1. Политическая ситуация в стране и в мире.
- 2. Экономическая ситуация в стране и мире (на всемирной бирже).

- Деятельность организаций, оказывающих ПМСП, строится по территориальному принципу с целью обеспечения доступности медицинской помощи гражданам по месту их жительства и/или прикрепления с учетом права свободного выбора медицинской организации.
- 3. Режим работы организаций ПМСП с обеспечением работы дежурных врачей в выходные и праздничные дни устанавливается органом местного государственного управления здравоохранения.
- 4. Самостоятельные организации ПМСП пользуются правами юридического лица, имеют штамп, печать и фирменный бланк с обозначением своего наименования.

- **. Поликлиника – медицинская организация, оказывающая первичную медико-санитарную, специализированную медицинскую помощь населению, включающая в себя профилактические, диагностические и лечебные услуги.**
- **7. В структуру поликлиники входят отделения:**
- **1) общей практики и/или участковой службы, дневной стационар и вспомогательная служба;**
- **2) специализированной помощи;**
- **3) лабораторно-диагностической помощи.**
- **8. Центр ПМСП – медицинская организация, оказывающая первичную медико-санитарную помощь населению.**

- . В структуру центра ПМСП входят подразделения общей врачебной практики и/или участковой службы, лабораторно-инструментальной диагностики, дневной стационар и вспомогательные службы.
- 10. Врачебная амбулатория – медицинская организация, оказывающая первичную медико-санитарную помощь населению, являющаяся самостоятельным юридическим лицом или структурным подразделением центра ПМСП или отделения общей практики и/или участковой службы поликлиники.
- 11. В структуру врачебной амбулатории входят подразделения общей практики и/или участковой службы, дневной стационар и вспомогательные службы.



Организации ПМСП

До типизации

МРП – медицинский работник без помещения

ФП – фельдшерский пункт

ФАП – фельдшерско-акушерский пункт

ВА – врачебная амбулатория

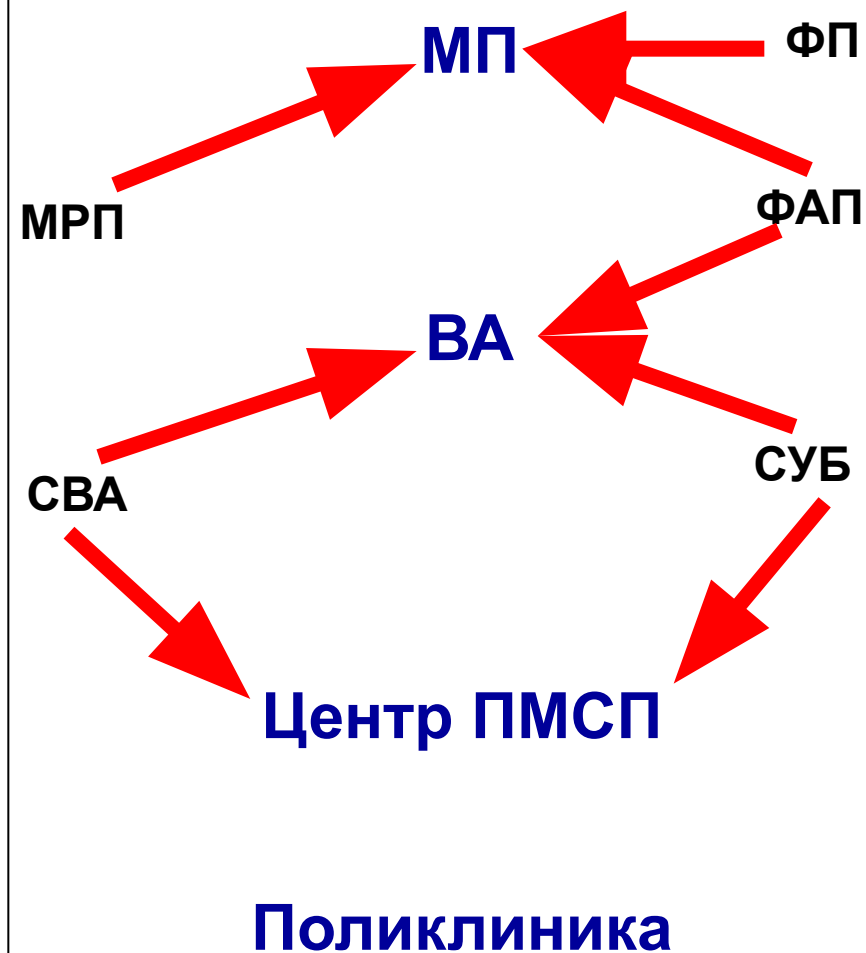
СВА – сельская врачебная амбулатория

СВА – семейная врачебная амбулатория

СУБ – сельская участковая больница

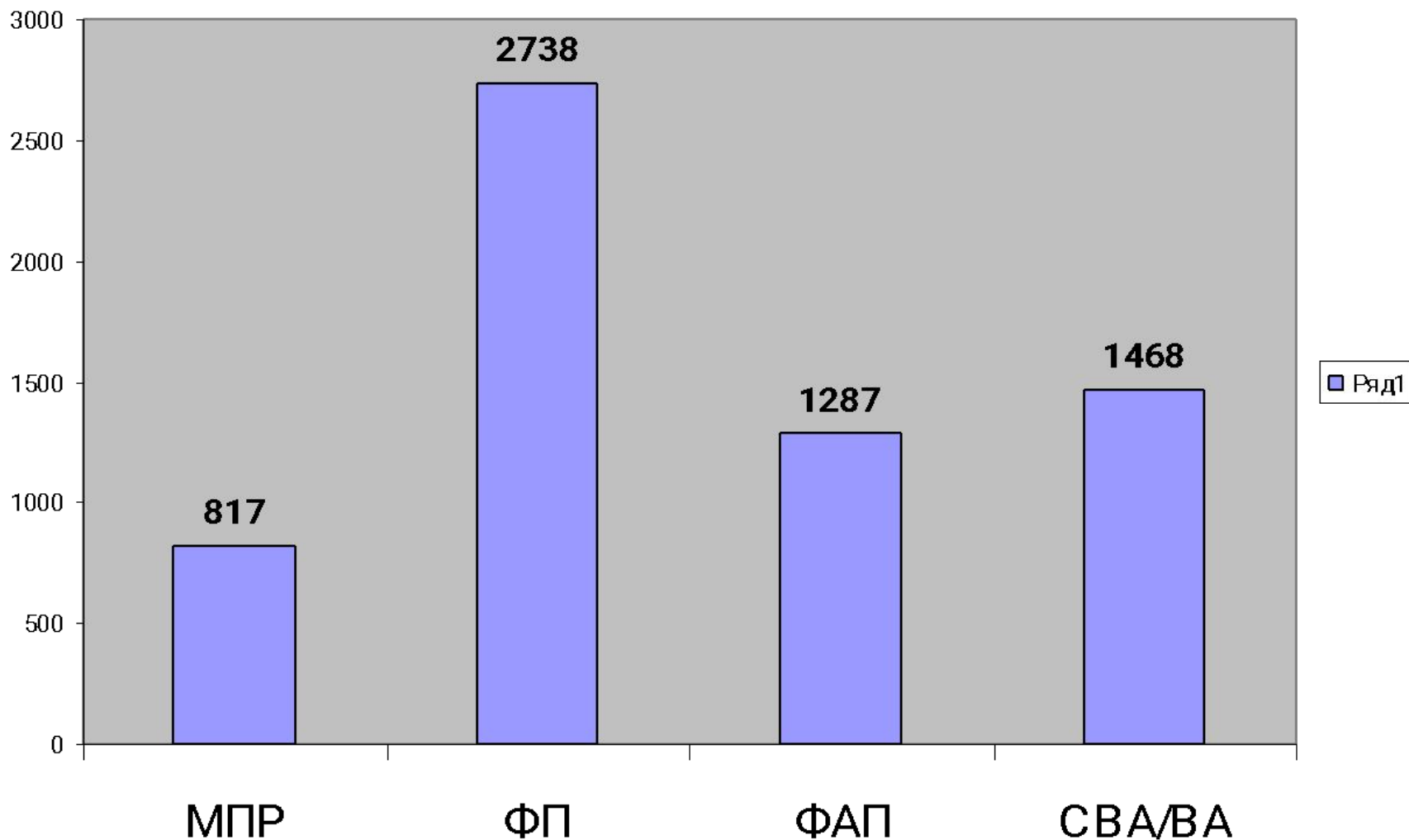
Поликлиники

После типизации



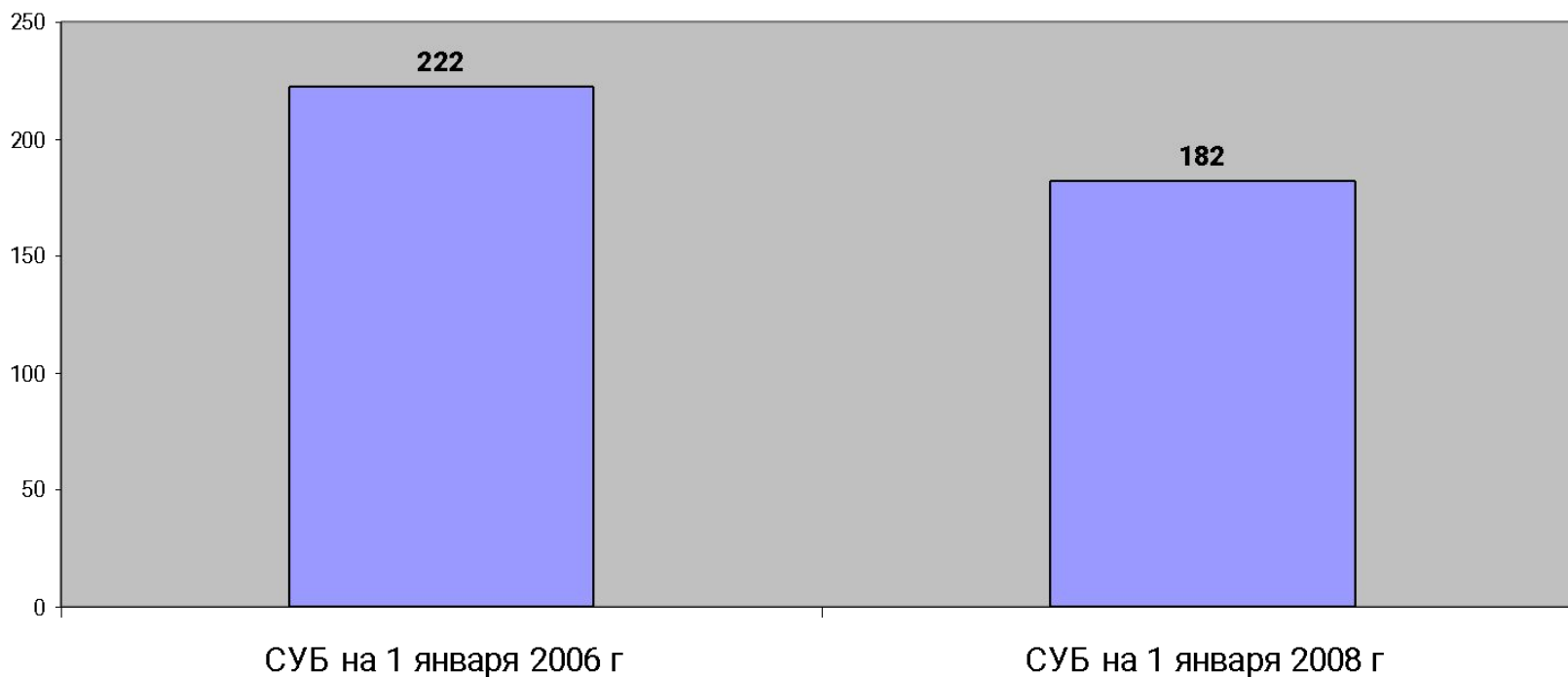


Сеть ПМСП на 1 января 2006 года





Сеть сельских больниц в соответствии с ППРК № 1304



Номенклатура и государственный норматив сети организаций первичной медико-санитарной помощи (от 28 декабря 2005 года № 1304)

1. Поликлиника

(населенные пункты с численностью населения свыше 10000 человек и райцентры)

2. Центр первичной медико-санитарной помощи

(населенные пункты и места компактного проживания населения от 5000 до 10000 тыс. человек)

3. Врачебная амбулатория

(населенные пункты с численностью населения от 2000 до 5000 человек)

4. Медицинский пункт

(населенные пункты на расстоянии не менее 5 км. до ближайшей организации ПМСП с численностью населения от 50 до 1000 человек)

Сельская ПМСП: доступность и качество

- **Сохранение структуры СВА/ФАП**
- **Увеличение финансирования через отдельную гарантированного бюджетную программу**
- **Отдельные счета или субсчета для СВА/ФАП**
- **Повышение объема и качества медицинской помощи**
- **Укрепление материально-технической базы**

- Медицинский пункт – структурное подразделение врачебной амбулатории, центра ПМСП, оказывающий доврачебную медицинскую помощь прикрепленному населению.
- 13. Первичная медико-санитарная помощь в организациях ПМСП осуществляется врачами общей практики, участковыми терапевтами и педиатрами, акушерами-гинекологами и другими специалистами, медицинскими сестрами общей практики, участковыми медицинскими сестрами, фельдшерами, акушерками и другими профильными медицинскими сестрами.

- Врач общей практики (далее - ВОП) – это специалист, прошедший специальную многопрофильную подготовку по оказанию первичной медико-санитарной помощи, осуществляющий самостоятельный амбулаторный смешанный прием взрослого и детского населения, независимо от пола и возраста, оказывающий неотложную медицинскую помощь, проводящий комплекс профилактических и реабилитационных мероприятий, содействующий формированию здорового образа жизни, способствующий решению медико-социальных проблем.

- На должность ВОП назначаются специалисты, имеющие высшее медицинское образование, окончившие интернатуру или клиническую ординатуру по специальности «Общая врачебная практика» (далее - ОВП), прошедшие профессиональную переподготовку и получившие удостоверение или сертификат по ОВП.
- 16. Медицинская сестра общей практики - специалист в области сестринского дела, осуществляющий свою деятельность совместно с врачом общей практики и обеспечивающий доврачебную помощь населению, включая диагностические, лечебные, профилактические и реабилитационные мероприятия.

- **17. Участковая медицинская сестра - специалист в области сестринского дела, осуществляющий свою деятельность совместно с участковым врачом (терапевтом или педиатром) и обеспечивающий доврачебную помощь (взрослому или детскому) населению, включая диагностические, профилактические и реабилитационные мероприятия в пределах своей компетенции.**
- **18. На должность медицинской сестры назначаются медицинские сестры, имеющие базовое среднее медицинское образование с квалификацией «медицинская сестра общей практики», прошедшие специализацию или усовершенствование на соответствующих циклах дополнительного медицинского образования.**

- **22. Лабораторно-диагностическое отделение (далее - ЛДО) предназначено для проведения диагностического и лабораторного исследования с целью уточнения, подтверждения или исключения диагноза.**
- **23. В структуру ЛДО входят лаборатория, кабинеты: ультразвукового исследования, рентгенодиагностический, эндоскопического исследования и функциональной диагностики.**
- **24. Дневной стационар, кабинеты: прививочный, процедурный, физиотерапевтического лечения и лечебной физической культуры (далее - ЛФК), профилактики и диспансеризации, химизатора, аптеки, организуется в структуре отделения общей практики и/или участковой службы.**

- 25. Работа дневного стационара регламентируется приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 14 ноября 2003 года № 840 «О развитии стационарозамещающей медицинской помощи»,

Функции организаций ПМСП

- **1) оказание первичной медико-санитарной, специализированной медицинской, лабораторно-диагностической помощи населению в амбулаторных условиях, в дневном стационаре и на дому в соответствии с видами и объемами, утверждаемыми уполномоченным органом в области здравоохранения;**
- **2) оказание первичной медико-санитарной помощи участковыми терапевтами и педиатрами, акушерами-гинекологами, врачами общей практики, медицинскими сестрами (участковыми и общей практики), акушерками;**
- **3) оказание специализированной медицинской помощи профильными специалистами;**

- **4) оказание лабораторно-диагностической помощи;**
- **5) осуществление профилактических мероприятий, направленных на выявление ранних и скрытых форм заболеваний и факторов риска;**
- **6) осуществление санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий;**
- **7) организация и проведение иммунопрофилактики;**
- **8) обучение населения вопросам охраны здоровья, профилактики болезней и формированию здорового образа жизни;**
- **9) направление граждан специалистами ПМСП для получения специализированной помощи и лабораторно-диагностических услуг, на госпитализацию в стационары и санаторно-курортное лечение;**

30. Основными функциями медицинского пункта являются:

- **1) оказание доврачебной медицинской помощи;**
- **2) выполнение врачебных назначений;**
- **профилактические и противоэпидемические мероприятия;**
- **4) организация и проведение иммунопрофилактики;**
- **5) обучение населения вопросам охраны здоровья, профилактики болезней и формированию здорового образа жизни;**
- **6) направление на получение квалифицированной медицинской помощи;**
- **7) лекарственное обеспечение прикрепленного населения в порядке, определяемом законодательством в сфере обращения лекарственных средств.**

31. Должностными обязанностями врача общей практики являются:

- 1) знание основ организации здравоохранения, социальной медицины и менеджмента, медицинской статистики;
- 2) знание основных симптомов и синдромов часто встречающихся болезней всех возрастных групп, осложнений, средств профилактики этих болезней и возможностей реабилитации, показаний к оперативному вмешательству и побочных эффектов лекарственных средств;

- **3) оказание первичной медико-санитарной помощи;**
- **4) проведение профилактических осмотров населения;**
- **5) осуществление санитарно-гигиенического обучения населения;**
- **6) осуществление профилактической работы, консультирование по вопросам формирования здорового образа жизни и профилактики поведенческих факторов риска, направленных на выявление ранних и скрытых форм заболеваний, социально значимых болезней в установленном порядке;**
- **7) направление больных на консультации к профильным специалистам**

- **9) проведение:**
- **диагностики с использованием лабораторно-инструментальных исследований в соответствии с прилагаемыми к настоящему приказу нормативами объема медицинского обслуживания населения организациями первичной медико-санитарной помощи;**
- **лечения пациентов в амбулаторных условиях, дневном стационаре и стационаре на дому;**
- **патронажа детей, в том числе новорожденных и беременных;**
- **противоэпидемических мероприятий и иммунопрофилактики;**
- **10) сообщение в установленном порядке о подозрениях на регистрируемую инфекционную (заразную) болезнь, пищевые и профессиональные отравления;**

- **Типовые штаты и штатные нормативы организаций ПМСП определяются согласно приложению 3 к настоящему Положению.**

**Типизация организаций ПМСП
в соответствии с постановлением Правительства
Республики Казахстан от 28 декабря 2005 года № 1304
«О мерах совершенствования первичной медико-санитарной
помощи населению Республики Казахстан»**

Медицинский работник без отдельного помещения (от 50 до 300 чел. населения)

1 СМП

Фельдшерский пункт
(от 300 до 800 чел. населения)

2 СМП

Фельдшерско-акушерский пункт
(от 800 до 2000 чел. населения)

3 СМП

Медицинский пункт

- от 50 до 500 чел.
населения - 1 СМП
- от 500 до 1000 чел.
населения - 2 СМП

Семейная врачебная амбулатория

Сельская врачебная амбулатория

Сельская участковая больница

Центры ПМСП

- от 5000 до 10000 чел.
населения

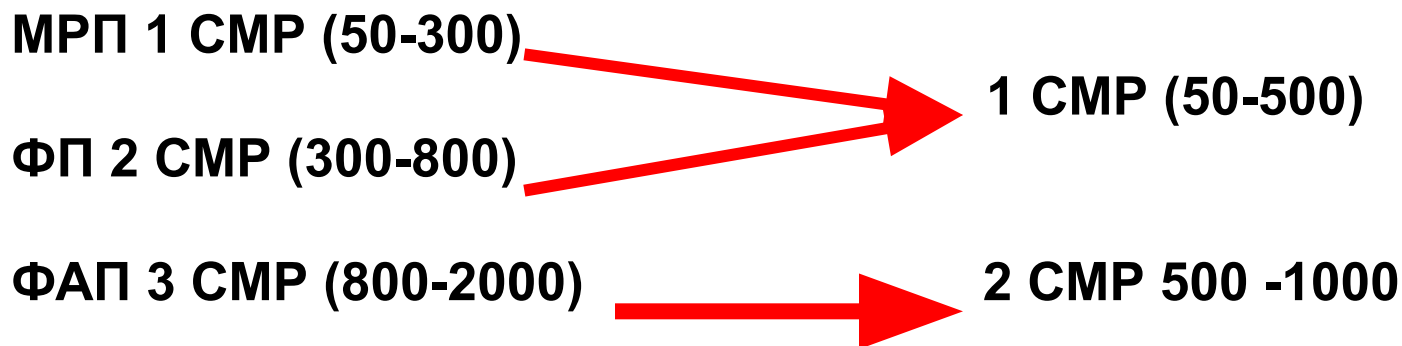
**Врачебная
амбулатория**

- от 2000 до 5000 чел.
населения
- от 1000 до 2000 чел.
населения
в сельских округах

МЕДИЦИНСКИЙ ПУНКТ

в населенных пунктах с населением от 50 до 2000 человек

- МРП
 - ФП
 - ФАП
- Медицинский пункт



В 762 сельских округах с населением от 1000 до 2000 человек создается врачебная амбулатория на базе имеющегося ФП или ФАП

**На период до полного замещения нижеуказанных
должностей специалистами общей практики**

устанавливается:

- **1 должность участкового терапевта на 2200 человек взрослого прикрепленного населения;**
- **1 должность участкового педиатра на 900 человек детского прикрепленного населения;**
- **1 должность акушера-гинеколога при наличии 3300 и более человек женского прикрепленного населения;**
- **1 должность участковой медсестры на 1 должность участкового терапевта;**
- **1 должность участковой медсестры на 1 должность участкового педиатра;**
- **1 должность акушерки для обслуживания женщин фертильного возраста до 3300 человек. При наличии 3300 и более человек женского прикрепленного населения должности акушерок устанавливаются соответственно количеству должностей врачей акушеров-гинекологов.**

- с численностью населения от 50 до 300 человек устанавливается 1 должность среднего медицинского работника без содержания отдельного помещения (медсестра/фельдшер);
- с численностью населения от 300-800 человек – 1 должность среднего медицинского работника (медсестра/фельдшер) в фельдшерском пункте;
- с численностью населения от 800-2000 человек – 2 должности среднего медицинского работника (медсестра/фельдшер и акушерка) в фельдшерско-акушерском пункте;
- данный норматив устанавливается также в медицинских пунктах, расположенных в населенных пунктах, не являющихся центром сельского округа, с численностью населения до 2000 человек.
-

Типовые штаты и штатные нормативы организации ПМСП

I. Типовые штаты и штатные нормативы поликлиники: 1) администрация

1.	Главный врач	1 должность
2.	Заместитель главного врача по лечебно- профилактической работе	1 должность
3.	Менеджер	1 должность
4.	Главная медицинская сестра	1 должность
5.	Бухгалтер	1 должность
6.	Экономист	1 должность
7.	Делопроизводитель (секретарь)	1 должность

2) типовые штаты и штатные нормативы

отделения общей практики и/или участковой службы

8	Заведующий отделением общей врачебной практики или центра ПМСП	1 должность на 8 должностей врачей общей практики
9	Врач общей практики	1 должность на 2000 человек смешанного населения (взрослых и детей)
10	Участковый терапевт	1 должность на 2200 человек взрослого населения
11	Участковый педиатр	1 должность на 900 человек детского населения
12	Акушер-гинеколог	1 должность на 3300 человек женского населения

Врач по профилактике и диспансеризации (ЗОЖ)	1 должность
Физиотерапевт	1 должность на каждые 20 должностей врачей, ведущих амбулаторный прием
Врач ЛФК	1 должность на 30 должностей врачей, ведущих амбулаторный прием
Врач дневного стационара	1 должность на 20 коек

1 7 .	Старшая медицинская сестра	1 должность на 8 должностей врачей
1 8 .	Медицинская сестра общей практики	3 должности на 1 должность врача общей практики
1 9 .	Участковая медсестра терапевтического участка	1 должность на 1 должность участкового терапевта
2 0 .	Участковая медсестра педиатрического участка	1 должность на 1 должность участкового педиатра

Акушерка	1 должность на 1 должность врача акушера-гинеколога
Медсестра прививочного кабинета	1 должность из расчета на 3000 непосредственно обслуживаемых детей или на 10000 человек смешанного населения
Медсестра процедурного кабинета	1 должность на 10 должностей врачей, ведущих амбулаторный прием
Медсестра по ЛФК	1 должность на 30 должностей врачей, и дополнительно 0,5 должности при наличии в поликлинике травматологического пункта (кабинета)

III. Типовые штаты и штатные нормативы врачебной амбулатории

79.	Старший врач (менеджер)	0,25 должности
80.	Врач общей практики	1 должность на 2000 человек населения (взрослых и детей) в городах и сельской местности 1 должность в ВА, расположенных в центрах сельских округов, с численностью населения от 1000 до 2000 человек
81.	Старшая медицинская сестра	0,25 должности

82.	Средний медицинский персонал	3 должности на 1 должность врача общей практики 1 должность на 1 должность врача общей практики в сельских округах с численностью населения от 1000 до 2000 человек
83.	Врач дневного стационара	1 должность на 15 коек

83.	Врач дневного стационара	1 должность на 15 коек
84.	Медицинская сестра дневного стационара	1 должность на 15 коек
85.	Бухгалтер	1 должность в самостоятельных ВА
86.	Санитарка	1 должность
87.	Прочий персонал (сторож или сторож/истопник, водитель)	2,0 - 3,0 должности в ВА

IV. Типовые штаты и штатные нормативы медицинского пункта

88.	Средний медицинский персонал	В медицинских пунктах, расположенных в населенных пунктах: от 50 до 1000 - 1 должность
89.	Акушерка	1 должность в населенном пункте с численностью населения от 500 до 1000 независимо от численности женского населения
90	Санитарка	1 должность в медицинском пункте
91.	Прочий персонал (сторож или сторож/истопник)	1 - 2 должности

Государственный норматив сети организаций здравоохранения

- В населенных пунктах с численностью проживающего населения 10000 (десять тысяч) и более человек и в районных центрах создается поликлиника.
- 3. В населенных пунктах и местах компактного проживания населения в пределах административной территориальной единицы с численностью населения от 5000 (пять тысяч) до 10000 (десять тысяч) человек создается Центр ПМСП.

- 4. В населенных пунктах с численностью проживающего населения от 2000 (две тысячи) до 5000 (пять тысяч) человек, а также в сельских округах с численностью проживающего населения от 1000 (одна тысяча) до 5000 (пять тысяч) создается врачебная амбулатория.
- 5. В населенных пунктах, находящихся на расстоянии не менее 5 (пять) километров до ближайшей организации ПМСП с численностью проживающего населения от 50 (пятьдесят) до 1000 (одна тысяча) человек создается медицинский пункт.

- **ПМСП – доврачебная и квалифицированная медицинская помощь, предоставляемая медицинским персоналом ОВП, обеспечивающая комплекс доступных медицинских услуг, оказываемых на уровне человека, семьи и общества.**
- **К организациям ПМСП и её структурным подразделениям относятся:**
 - **1.поликлиника;**
 - **центр ПМСП;**
 - **3) врачебная амбулатория;**
 - **4) медицинский пункт.**
- **Поликлиника – медицинская организация, являющаяся самостоятельным юридическим лицом, оказывающая квалифицированную и специализированную амбулаторно-поликлиническую помощь прикрепленному населению.**

- В структуру поликлиники входят подразделения врачей общей практики (участковых врачей), консультативно-диагностическое отделение, дневной стационар (не менее 10 коек) и вспомогательные службы

- Центр ПМСП – медицинская организация, являющаяся самостоятельным юридическим лицом и оказывающая квалифицированную медицинскую помощь прикрепленному населению.. В структуру центра ПМСП входят подразделения общей практики, лабораторно-инструментальной диагностики, дневной стационар (до и более 10 коек) и вспомогательные службы. В структуру центра ПМСП могут входить врачебные амбулатории.
- Численность прикрепленного населения на одного врача общей практики составляет 2000 смешанного (взрослого и детского) населения.

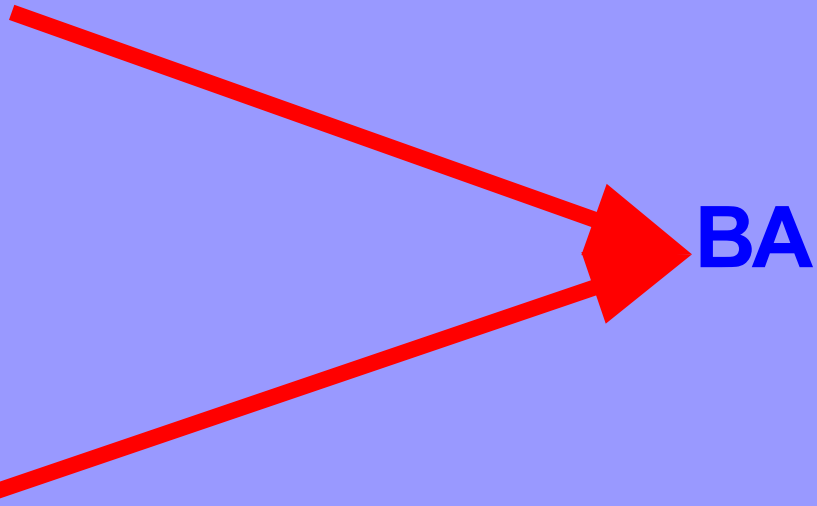
Основными функциями центра ПМСП являются:

- **1) оказание квалифицированной медицинской помощи в амбулаторных условиях, дневном стационаре и на дому в соответствии с видами и объемами, утверждаемыми уполномоченным органом;**
- **2) осуществление профилактических мероприятий, направленных на выявление ранних и скрытых форм заболеваний и факторов риска;**
- **3) осуществление санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий;**
- **4) организация и проведение иммунопрофилактики в установленном порядке;**
- **5) направление граждан на получение амбулаторной специализированной (консультативно - диагностической) помощи, госпитализацию в стационар, санаторно-курортное лечение;**

- . Врачебная амбулатория – медицинская организация, оказывающая квалифицированную помощь прикрепленному населению, являющаяся самостоятельным юридическим лицом или структурным подразделением центра ПМСП.
- 1 В структуру врачебной амбулатории входят подразделение общей практики, дневной стационар (до 5 коек) и вспомогательные службы. В структуру врачебной амбулатории могут входить медицинские пункты.

Врачебная амбулатория

создается в населенных пунктах с населением от 2000 до 5000 человек, а также в центрах сельских округов с населением от 1000 до 2000 человек

- Семейная ВА
 - Сельская ВА
- 
- ВА
- The diagram consists of a light blue rectangular background. On the left side, there are two bullet points in blue text: 'Семейная ВА' (top) and 'Сельская ВА' (bottom). From the right side of 'Семейная ВА', a red arrow points diagonally down and to the right. From the right side of 'Сельская ВА', a red arrow points diagonally up and to the right. The two red arrows converge towards a central point on the right side of the background, where the letters 'ВА' are written in blue text.

- Медицинский пункт – это структурное подразделение врачебной амбулатории, центра ПМСП, оказывающее доврачебную медицинскую помощь прикрепленному населению.

Основными функциями медицинского пункта являются:

- **1) оказание доврачебной медицинской помощи;**
- **2) выполнение врачебных назначений;**
- **профилактические и противоэпидемические мероприятия;**
- **4) организация и проведение иммунопрофилактики в установленном порядке;**
- **5) обучение населения вопросам охраны здоровья, профилактики болезней и формированию здорового образа жизни;**
- **6) направление на получение квалифицированной медицинской помощи;**
- **7) лекарственное обеспечение прикрепленного населения в порядке, определяемым законодательством в сфере обращения лекарственных средств.**

Ожидаемые результаты

- увеличится объем профилактических, оздоровительных мероприятий, повысятся эффективность и качество диспансеризации больных, снизится уровень временной и стойкой утраты трудоспособности за счет расширения гарантированного объема бесплатной медицинской помощи на уровне ПМСП;
- будут устранены диспропорции в оказании медицинской помощи на основе перераспределения части объемов из стационарного сектора в амбулаторный, эффективного использования стационарозамещающих технологий

- повысятся доступность, эффективность и преемственность медицинской помощи на всех этапах ее оказания;
- будут усовершенствована система финансирования, устранен дефицит финансирования гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, внедрены механизмы взаиморасчетов между субъектами отрасли;

Целевые показатели работы организаций здравоохранения, оказывающих ПМСП:

- Процент выполнения плана вакцинации прикрепленного населения
- Процент охвата диспансеризацией прикрепленного населения
- Обращаемость за скорой медицинской помощью прикрепленного населения во время работы ПМСП (количество вызовов на 1000 населения)
- Уровень госпитализации в «Д» группе

- **Необоснованное направление на госпитализацию**
- **Наличие больных с впервые выявленными онкологическими заболеваниями III-IV стадии**
- **Наличие обоснованных жалоб**
- **Выполнение плана медицинских профилактических осмотров декретированных групп населения**
- **Расхождения диагнозов поликлинических и стационарных**
- **Случаи перинатальной, материнской и младенческой смертности по прикрепленному населению**
- **Досуточная летальность прикрепленного населения в стационаре по заболеваниям, управляемых на уровне ПМСП**

Таким образом, в отрасли можно выделить ряд негативных тенденций, требующих принятия управленческих решений.

- нарушается этапность оказания медицинской помощи**
- неравенство между территориями в пределах области по объему и качеству оказания медицинской помощи, показателям развития здравоохранения в целом**
- несформированность мониторинга и оценки деятельности организаций и системы здравоохранения в целом**
- отсутствие единых подходов и стандартов при закупках лекарственных средств**
- слабая координация деятельности органов управления здравоохранением с другими субъектами государственного управления**

- **врачи ПМСП стали обладать «диспетчерскими функциями»: частота направлений амбулаторных больных на консультации к узким специалистам чрезмерно высока**
- **расширение показаний к стационарному лечению, ежегодный рост количества коек,**
- **удорожание медицинской помощи**
- **государственная система здравоохранения пространственно не отделена от частной**
- **отсутствие подготовленных, квалифицированных менеджеров в отрасли**
- **деятельность системы здравоохранения в современных условиях не может ограничиваться только лишь внутриотраслевыми проблемами**
- **население недостаточно информировано и не принимает активного участия в управлении системой здравоохранения**

Как построить более совершенную систему первичной медико-санитарной помощи

- **Наличие осознания того, что система здравоохранения должна претерпеть изменения.**
- **Стратегия финансирования должна соответствовать потребностям. В целом, первичная медико-санитарная помощь должна получать более значительный процент от бюджета здравоохранения.**
- **Финансово стимулировать эффективность работающие системы первичной медико-санитарной помощи и общественного здравоохранения.**

Как построить более совершенную систему первичной медико- санитарной помощи (продолжение)

- Осуществить реформирование медицинских кадров. В конечном счете, большинство врачей должны стать ВОП (семейными врачами).**
- Определить роль и повысить статус ВОП (семейного врача)**
- Создавать новые модели оказания интегрированной помощи.**
- Медицинская практика должна быть направлена на нужды людей.**

Как построить более совершенную систему первичной медико- санитарной помощи (продолжение)

- Использовать хорошо подготовленных ВОП (семейных врачей).**
- Каждый человек должен знать имя своего врача, каждый врач должен знать имена своих пациентов.**
- Учреждать профессиональные ассоциации/ ВОП (семейных врачей) во всех странах. Добиться признания самостоятельной профессией и профессионалами врачей этой специальности, защитить их интересы.**
- ВОП (семейные врачи) постоянно повышать свою профессиональную компетентность. Сделать непрерывное медицинское образование, стимулировать систему периодической перееаттестации на профессиональную пригодность.**

Как построить более совершенную систему первичной медико- санитарной помощи

(продолжение)

- Медицинское образование должно отвечать потребностями людей. Медицинское образование определяет будущее национальной системы здравоохранения.**
- Признать ВОП (семейную медицину) отдельной дисциплиной.**
- Обеспечить специальную подготовку по ВОП (семейной медицине) после получения базового медицинского образования.**
- Проводить исследования по профилактическим мерам и первичной медико-санитарной помощи.**
- Распространять информацию о лучших достижениях в ПМСП.**

Спасибо за внимание!

