

# **Принципы организации первичной медико-санитарной помощи (ПМСП).**

**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.**

# **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.**

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

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.

Режим работы организаций ПМСП с обеспечением работы дежурных врачей в выходные и праздничные дни устанавливается органом местного государственного управления здравоохранения.

Самостоятельные организации ПМСП пользуются правами юридического лица, имеют штамп, печать и фирменный бланк с обозначением своего наименования.

# 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)

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:

- поликлиника;
- центр ПМСП;
- врачебная амбулатория;
- медицинский пункт.

# 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;**

Поликлиника — медицинская организация, являющаяся самостоятельным юридическим лицом, оказывающая квалифицированную и специализированную амбулаторно-поликлиническую помощь прикрепленному населению (первичную медико-санитарную, специализированную медицинскую помощь населению, включающая в себя профилактические, диагностические и лечебные услуги).

В структуру поликлиники входят отделения:

- 1) общей практики и/или участковой службы, дневной стационар и вспомогательная служба;
- 2) специализированной помощи;
- 3) лабораторно-диагностической помощи.

Лабораторно-диагностическое отделение (далее - ЛДО) предназначено для проведения диагностического и лабораторного исследования с целью уточнения, подтверждения или исключения диагноза.

В структуру ЛДО входят лаборатория, кабинеты: ультразвукового исследования, рентгенодиагностический, эндоскопического исследования и функциональной диагностики.

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.

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.

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.

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.

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 первичную медико-санитарную помощь населению, являющаяся самостоятельным юридическим лицом или структурным подразделением центра ПМСП или отделения общей практики и/или участковой службы поликлиники.

В структуру врачебной амбулатории входят подразделения общей практики и/или участковой службы, дневной стационар и вспомогательные службы.

Медицинский пункт – структурное подразделение врачебной амбулатории, центра ПМСП, оказывающий 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;**
- **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.**



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.

**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 условий;**
- 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**

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

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

# **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).

## **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**

**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.**

# 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.

# Препятствия на пути развития ПМСП.

Важным препятствием для развития ПМСП являются устаревшие требования СЭС, которые не соответствуют современным представлениям об инфекционном контроле. Например, еще 30 лет назад было показано, что кварцевание операционных и процедурных комнат не влияет на уровень инфекционных заражений раневых поверхностей и пр. Также установлено, что ношение масок во время эпидемии гриппа не предотвращает распространения инфекции.

Более того, если человек получил небольшую дозу вируса, то под маской создается благоприятная влажная среда для размножения вируса, и он быстрее и чаще заболевает гриппом, чем тот, кто маску не носит.

Наиболее эффективный метод предупреждения заражения вирусом гриппа является, как ни странно, частое мытье рук горячей водой с мылом. Особенно это важно для медицинских работников, которые после каждого больного должны мыть руки. Во всех СВА в каждой комнате должен быть ручной мойник с прокипяченной водой или, если есть водопровод, раковина и кран с водой.

Также не соответствует международным критериям указание в 555 Приказе по туберкулезу о необходимости иметь отдельную комнату по забору мокроты и для приема таблеток (комната химизатора). Мокроту нужно отхаркивать на улице.

Таблетки амбулаторным больным (которые никогда не выпишутся из стационара, если они заразные, т.е. бацилловыделители) можно выдавать в любой комнате СВА.

На западе давно семейные врачи не носят медицинские халаты. Халат препятствует установлению доверительных отношений с больным, является лишней и иногда непреодолимой преградой. В семейных практиках в Великобритании только процедурные медсестры носят халаты. Врачи и другие работники ходят в обычной деловой одежде.

Большая проблема – метод оплаты услуг ПМСП и амбулаторной специализированной помощи. Новые формы финансирования призваны способствовать повышению качества медицинской помощи.

На первом этапе, когда на СВА отдаются деньги в расчете на одного прикрепленного жителя, врачи ПМСП учатся самостоятельно принимать решения о том, куда, когда и сколько денег тратить.

Им, которые целиком и полностью зависят от прикрепленных жителей, лучше знать, чем кому-бы то ни было, что нужно им и их СВА для улучшения качества услуг населению.

Им виднее, надо ли в первую очередь повысить зарплату сотрудникам, купить компьютер, шторы, оплатить бензин и учебу врача. Для того, чтобы подушевое финансирование заработало как мощный фактор повышения качества ПМСП, необходимо дать СВА так называемую внутреннюю свободу. Давать деньги бесстатейно. Не контролировать процесс, а только оценивать конечный результат.

Никто не должен утверждать СВА штатное расписание, смету расходов и контролировать постатейно. Иначе никакого повышения качества не будет, не будет и развития новой специальности – семейный врач.

В бизнесе принято оценивать результат и не вмешиваться в процесс. Это один из основополагающих принципов управления (менеджмента).

Обучение персонала СВА медицинскому аудиту, внедрение новых форм аттестации кадров будут служить эффективным инструментом внутреннего контроля и механизмом непрерывного повышения качества медицинской помощи.



Один из самых главных критериев деятельности СВА есть удовлетворенность пациентов. На такие показатели, как смертность общая, материнская и младенческая, ни СВА, ни вся система здравоохранения не могут оказать существенного влияния.

Конечные результаты оценивать раз в год. Индикаторы, по которым оценивается работа, должны быть ПМСП-зависимыми (4). Например, случаи запущенных заболеваний (туберкулез, онкология и все др.), соотношение родов к абортам (что отражает охват контрацепцией и качество работы с женщинами фертильного возраста), количество госпитализаций и число вызовов скорой помощи диспансерных больных («хроники» не должны часто поступать в стационар или вызывать скорую помощь при правильном обучении и лечении).

Можно разработать критерии по конкретным заболеваниям.

Например, сколько у больных сахарным диабетом гангрен (ампутаций конечностей), слепоты, инфарктов и инсультов. У гипертоников - количество инфарктов, инсультов, летальных исходов.

Надо отходить от старых приемов оценки диспансеризации и оценивать опять же не процесс, а конечный результат (инфаркты, инсульты, гангрена).

Положительные результаты можно получить только при использовании принципов доказательной медицины в диагностике, лечении, профилактике заболеваний и обучении больных. Здесь предстоит серьезная работа по изменению диспансерных групп, сроков наблюдения, наборов диагностических тестов, лечебно-профилактических мероприятий.

Существенное влияние на повышение мотивации оказывают методы оценки конечного результата.

В Великобритании врачи имеют управленческую и финансовую самостоятельность, система наказания заменена системой поощрения.

Оказалось, что давая награду лучшим, каким-то образом отмечая их успех, вы очень сильно стимулируете работу остальных без всякого понукания или угроз. Отмечая лучших, вы стимулируете худших изучать опыт лучших и огромное желание стать лучшим.

В Великобритании за хорошие показатели по вакцинации, охвату женщин после 40 лет гинекологическим осмотром и мазками из цервикального канала на опухолевые клетки дают в конце года премию.

