

---

# Определение первичной медико-санитарной помощи (ПМСП)

---

**Orvill Adams**

Orvill Adams & Associates B.V.

# Набор принципов. Алматинская Декларация 1978 предлагает следующее: ПМСП

1. отражает и развивается в соответствии с экономическими условиями и характерными социально-культурными и политическими чертами страны и ее общин, развивается и базируется на применении соответствующих результатов социальных, медико-биологических и организационных научных исследований медико-санитарных служб, а также опыта общественного здравоохранения;
2. нацелена на решение основных медико-санитарных проблем в общине и обеспечивает соответственно службы оздоровления, профилактики, лечения и реабилитации;
3. охватывает помимо здравоохранения все другие смежные секторы и аспекты развития на национальном и общинном уровне и, в частности, сельское хозяйство, животноводство, обеспечение продовольствием, промышленность, образование, жилищное строительство, общественные работы и средства связи; и требует координации деятельности всех этих секторов;

# Набор принципов. Алматинская Декларация 1978 предлагает следующее: ПМСП

4. требует максимальной самообеспеченности общины и отдельных лиц, способствует этому, обеспечивая их участие в планировании, организации, осуществлении и контроле за медико-санитарной помощью при наиболее полном использовании местных, национальных и других имеющихся ресурсов для этого развивает путем соответствующего просвещения навыки участия населения в этой работе;
5. должна поддерживаться интегрированными, функциональными и взаимосвязанными системами консультативной помощи, направленными на прогрессивное улучшение всеобъемлющего медико-санитарного обеспечения всех людей с уделением первоочередного внимания наиболее нуждающимся группам населения;
6. опирается на местном и более высоких уровнях на работников здравоохранения, включая, где это возможно, врачей, медсестер, акушерок, вспомогательный персонал и общественных работников, а также при необходимости на традиционных лекарей, соответственно подготовленных с социальной и профессиональной точек зрения для работы в составе бригады здравоохранения и для удовлетворения медико-санитарных нужд населения.

*Orvill Adams, Orvill Adams & Associates B.V.*

Набор ключевых видов деятельности, которые в норме определяются на национальном или локальном уровне. Эти виды деятельности должны включать по крайней мере:

1. просвещение по наиболее важным проблемам здравоохранения и методам их предупреждения и разрешения,
2. содействие обеспечению рационального питания,
3. содействие доброкачественному водоснабжению и проведению основных санитарных мер;
4. охрану здоровья матери и ребенка, в том числе планирование семьи;
5. иммунизацию против основных инфекционных заболеваний;
6. профилактику эндемических в данном районе болезней и борьбу с ними;
7. соответствующее лечение распространенных заболеваний и травм;
8. и обеспечение основными лекарственными средствами;

# Определение ПМСП

- Нет одинакового универсально применимого определения
- В странах с высоким и средним уровнем дохода ПМСП в основном понимается как первый уровень контакта с медицинской системой
- В странах с низким уровнем дохода она рассматривается как общесистемная стратегия и воплощает в себе всю систему здравоохранения

---

# Селективная ПМСП (1980)

- Основное внимание акцентируется на технических задачах по оказанию ограниченному количеству основных мероприятий в бедных районах
- Привело к введению вертикальных программ (например, иммунизация, пищевые добавки, борьба с малярией и т.д.)

# ПМСП

- Используется наравне с первичной медицинской помощи
- Клинические услуги, прежде всего врачей общей практики, медицинских сестер, медицинских сестер сообщества, медицинских учреждений, общественных фармацевтов
- Первичная ПМСП является уровнем первого контакта, предоставляющим человеко-ориентированный постоянный уход (овертайм/24 часа), который удовлетворяет потребности, связанные со здоровьем людей, а также координирует помощь в случаях, когда люди получают услуги на других уровнях оказания медицинской помощи.

(CHETRE-University of New South Wales, Australia)

(B. Starfield – Super course lecture, September 2004)

# ПМСП

- Включает ПМСП
- Поставщики включают в себя: ВОП, медсестер и смежных с медициной, мультикультурных работников здравоохранения, медицинского образования / продвижение и рабочих развития общин
- Работает на уровне отдельных лиц, семей и общин  
(CHETRE-University of New South Wales, Australia)
- Первичная медико-санитарная помощь применяется на популяционном уровне. В качестве стратегии населения, это требует приверженности правительства разработать ориентированную на население набор услуг первичной медицинской помощи в контексте других уровней и видов услуг.  
(B. Starfield – Super course lecture, September 2004)

---

# Стратегия ПМСП

- На основе потребностей планирования
- Децентрализация управления
- Образование
- Межотраслевая координация и сотрудничество
- Баланс между укреплением здоровья, профилактики и лечения
- Многопрофильных медицинских работников

---

# ПМСП сервис

- Основан на локальных нуждах
- Доступен
- Хорошо интегрирован
- Команда здравоохранения
- Укрепление здоровья
- Профилактика заболеваний
- Лечение болезни
- Реабилитационные услуги

---

# Философия ПМСП

- Целостное понимание здоровья
- Признание нескольких детерминант здоровья
- Контроль сообщества над медицинскими услугами
- Укрепление здоровья и профилактика заболеваний
- Справедливость в здравоохранении
- Методы, основанные на науке
- Доступная, приемлемая и доступная

# Система здравоохранения, основанная на ПМСП

- Построена на принципах равенства, всеобщего доступа, участия общин и межотраслевых подходов
- Учитывает более широкие вопросы здоровья населения, отражающие усилия функций общественного здравоохранения
- Создает условия для эффективного предоставления услуг бедным и изолированным группам
- Организовывает интегрированную помощь, связывая профилактику, неотложную помощь и лечение хронических болезней во всех компонентах системы здравоохранения
- Постоянно оценивает и стремится к лучшей производительности

# Сравнение форм ПМСП

	Комплексная ПМСП	Селективная ПМСП
Вид здоровья	Позитивное существование	Отсутствие болезни
Локус контроля над здоровьем	Сообщество и индивидуумы	Профессионалы здравоохранения
Главный фокус	Здоровье через равенство и улучшение условий общины	Медицинские решения искоренения болезни
Поставщики медицинских услуг	Мультидисциплинарные команды	В первую очередь доктора
Стратегия помощи	Межсекторальное сотрудничество	Медицинское вмешательство

# ПМСП: от Алматы до 21 века

Основные моменты достижения здоровья для всех (ЗДВ): уроки и прогресс

- ПМСП в качестве подхода обеспечила импульс и энергию, чтобы прогрессировать в сторону ЗДВ
- Некоторый прогресс был достигнут в обеспечении доступа к 8 элементам ПМСП
- ПМСП остается в силе, как в места доступа в комплексную систему здравоохранения
- Межотраслевые действия в интересах здоровья не были полностью достигнута
- Переориентация служб здравоохранения и персонала на принципы ПМСП остается неуловимым
- Участие общин требует времени и самоотверженности всех.

# ПМСП: от Алматы до 21 века

## ЗДВ в 21 веке: политические цели для усиления ПМСП подхода

- Сделать здоровье центральным в развитии и расширении перспектив в межотраслевого сотрудничества
- Борьбы с бедностью как отражение заботы ПМСП в социальной справедливости
- Содействие социальной справедливости в доступе к медицинской помощи
- Налаживание партнерских включая семьи, общины и их организации
- Изменить ориентацию системы здравоохранения к укреплению здоровья и профилактике заболеваний.

---

# ПМСП: от Алматы до 21 века

## Устойчивые системы здравоохранения: некоторые основные элементы

- Уделить больший акцент на комплексную качественную медицинскую помощь на протяжении всей жизни
- Обеспечить справедливый доступ к основным 8 элементам ПМСП
- Развернуть элементы ПМСП в ответ на определение новых угроз для здоровья, а также возможности по борьбе с этими угрозами..

# ПМСП: от Алматы до 21 века

Основные функции системы здравоохранения, которые дополняют и поддерживают ПМСП

- Обеспечение устойчивого финансирования ПМСП
- Инвестирование в кадровый и институциональный потенциал для здоровья
- Оптимизация поддержки частным и государственным секторами для ПМСП через соответствующие нормы
- Развитие исследований, чтобы поддерживать и развивать ПМСП
- Реализация глобальных, национальных и местных систем эпиднадзора и мониторинга.

# Эволюция Здоровья для всех (ЗДВ), 1979–1996

Во многих странах прогресс в сторону ЗДВ сдерживается:

- недостаточная политическая приверженность реализации ЗДВ
- Неспособность достичь равенства в доступе ко всем элементам ПМСП
- имеющийся низкий статус женщин
- медленное социально-экономическое развитие
- Трудность в достижении межсекторного действия в интересах здоровья
- несбалансированное распределение, и слабая поддержка человеческих ресурсов
- широкое распространение неадекватных мероприятий по укреплению здоровья
- слабые информационные системы здравоохранения и некорректные исходные данные
- загрязнение окружающей среды, плохая безопасность пищевых продуктов и отсутствие безопасной питьевой воды и слабый доступ к санитарным услугам
- быстрые демографические и эпидемиологические изменения
- нецелевое использование, и распределение ресурсов для, технологии высокой стоимости
- природные и техногенные катастрофы.

---

# Новые тренды, которые влияют на здоровье в 21 веке

- Широкое абсолютная и относительная бедность
- Демографические изменения: старение и рост городов
- Эпидемиологические изменения
- Глобальные экологические угрозы выживания человека
- Новые технологии: информационные и телемедицинские услуги
- Достижения в области биотехнологии
- Партнерства в области здравоохранения между частным и государственным секторами и гражданским обществом
- Глобализация торговли, путешествий и распространение ценностей и идей.

---

# Роль государства в развитии «Здоровья для всех»

- Продемонстрировать приверженность к основным ценностям
- Сделать здоровье центром человеческого развития
- Построить устойчивые системы здравоохранения.

# Роль государства в развитии «Здоровья для всех»

Продемонстрировать приверженность к основным ценностям:

- разработать политику поддержки ЗДВ
- пропаганда ЗДВ
- реализации международных документов по укреплению и охране здоровья
- укрепление национального потенциала для обеспечения этических стандартов в области здравоохранения и медицинской помощи
- включить вопросы справедливости и гендерные вопросы в политику в области здравоохранения и развития
- содействовать надлежащему управлению в области здравоохранения
- способствовать развитию партнерств в области здравоохранения.

# Роль государства в развитии «Здоровья для всех»

Сделать здоровье центром развития человека

- убедиться, что экономическая политика способствует укреплению здоровья
- инвестировать в системы и службы здравоохранения и образования
- борьбы с нищетой через несколько - отраслевых и целевых программ
- выровнять политику правительства во всех отраслях по укреплению здоровья
- требовать оценки экологических последствий и оценок воздействия на здоровье для проектов развития.

# Роль государства в развитии «Здоровья для всех»

Строительство устойчивой системы здравоохранения:

- внедрить эффективную нормативно-правовую базу для ЗДВ
- обеспечение равного доступа к основным элементам качественной медицинской помощи на протяжении всей жизни
- реализации национальных и местных систем мониторинга
- убедиться, что основные эндемические заболевания контролируются
- прилагать усилия по искоренению или ликвидации некоторых заболеваний
- инвестировать связанных в науку и технологии, работающие на в здравоохранение
- убедиться, что институциональный и кадровый потенциал для общественного здоровья и здравоохранения разработан и поддерживается
- обеспечить адекватное и устойчивое финансирование систем здравоохранения.

# Как характеризуются услуги здравоохранения?

## **Со стороны потребителей:**

- уровень доходов: богатые, средние - доход, бедный
- пол: Мужчины, женщины
- возрастные группы: младенец, ребенок, юноша, взрослый, 85+

## **По содержанию:**

- Процесс: Хронический, острый
- Тип состояния: инфекционных, не – инфекционное

## **По функциям помощи:**

- Профилактика, диагностика, лечение, реабилитация

# Услуги должны оказываться на уровне ПМСМ

- первый контакт
- продолжительная
- полная
- координация
- ориентирована на семью
- ориентация на сообщество

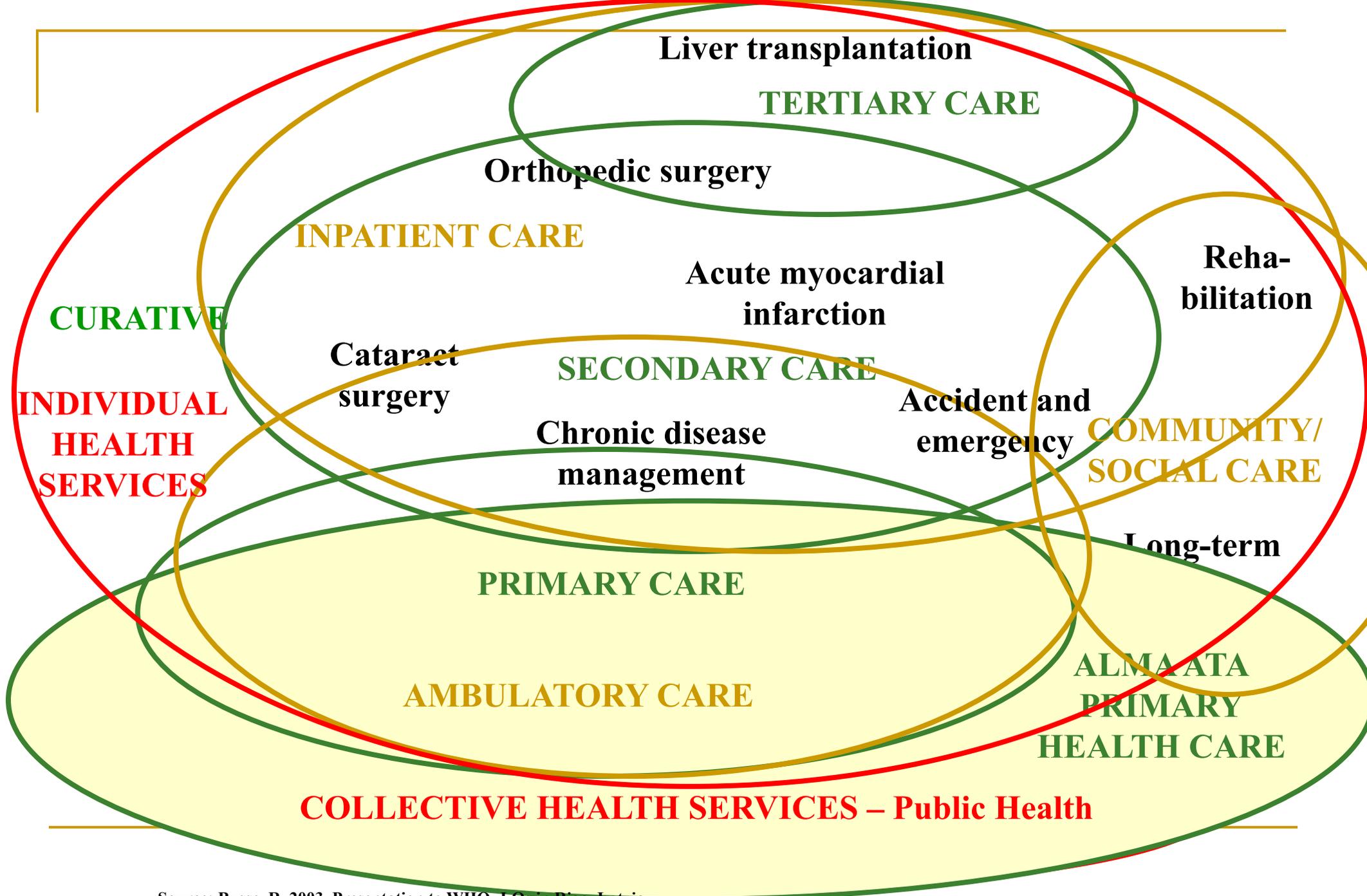
Barbara Starfield "Cross national comparisons of primary", Primary Care Concept, Evaluation and Policy, p.219, New York, Oxford University Press, 1992

---

# Уровни системы здравоохранения

Система здравоохранения определяется:

- Конкретными ролями и функциями
- Имеющимися ресурсами
- Организацией системы предоставления медпомощи
- Система обучения и подготовки
- Методы контроля и контроля качества



Source: Busse, R, 2003, Presentation to WHO- LOs in Riga, Latvia

# Где предоставляется ПМСП?

- 1). Принадлежит государственным или страховым агента здравоохранения (Греция – в сельской местности областях, Финляндия, Португалия, Испания, Швеция, ...)
- 2). Центры, принадлежащие ВОП / семейным врачам (Дания, Ирландия, Италия, Нидерланды, Великобритания, ...)

# Как работает врач ПМСП?

- Анализ функций врачей общей практики в Европе показал, контраст в функциях между большинством стран Восточной Европы и стран Запада. Врачи общей практики в последние выполняют более широкие и комплексные услуги, особенно во время первого контакта пациента имеющего проблемы со здоровьем и предоставления медико-технических процедур.
- Везде есть более полный профиль служба в сельской местности, чем в городской местности.

Boerma WGW. Profiles of general practice in Europe. An international study of variation in the tasks of general practitioners. Doctoral Thesis. Utrecht: NIVEL, 2003

---

# Роль пациентов

- Автономия пациентов в выборе врача общей практики на сегодняшний день является правилом в большинстве стран, в том числе в странах с обязательной предварительной записью, как Дания, Ирландия, Италия, Нидерланды и Великобритания.
- Это право было распространено также в Испании и Швеции.

Dooslaer EV, Koolman X, Puffer F. Equity in the use of physician visits in the OECD countries: has equal treatment for equal need been achieved?. In “Measuring up: improving health system performance in OECD countries”. Paris; OECD: 2002, pg. 222-248

## Различия в профилях групп может быть статистически объясняется:

- Индивидуальными характеристиками врачей общей практики (пол, возраст, подготовка),
- Организация практики (работа в команде, имеющееся оборудование),
- Установка (городские, сельские, практика населения, наличие больничных учреждений)
- Особенности системы здравоохранения (методы оплаты, ворота хранения роль, список пациент)
- Voerma WGW. Profiles of general practice in Europe. An international study of variation in the tasks of general practitioners. Doctoral Thesis. Utrecht: NIVEL, 2003

## Различия в ПМСП в Европе объясняются динамическим взаимодействием между заинтересованными сторонами

- Пациенты, семьи и ассоциации, потребители и население,
- Поставщики услуг и учреждений: центры здоровья и больницы и их объединений,
- Учебные и научно-исследовательские институты,
- Индустрия здравоохранения,
- Финансисты или страховщики здравоохранения
- Государственные органы

## Взаимодействия между заинтересованными сторонами, участвующими в ПМСП в каждом случае объяснить:

- Предоставление услуг пациентам и населению,
- Движением и направлением между поставщиками мед услуг на различных уровнях,
- «предоплата» пациентов (страховые взносы, или налоги),
- Способ оплаты провайдеров,
- Научно-техническая политика (доклады и руководящие принципы и т.д.), и
- Степень государственного регулирования

## Реформы ПМСП в провинции Онтарио

---

# Цели реформирования ПМСП в Онтариио...

- ✓ Улучшение доступа к первичной медико-санитарной помощи
- ✓ Увеличение удовлетворение пациента и поставщика системой здравоохранения
- ✓ Улучшение качества и непрерывности ПМСП
- ✓ Повышение экономической эффективности медицинских услуг

---

# Принципы обновления

- Добровольное участие поставщиков и пациентов
- Совместная реализация с поставщиками медицинских услуг  
Онтарио
- Новые стимулы для поощрения и облегчения изменения для  
обеспечения целей
- Выравнивание моделей первичной медицинской помощи

---

# Основные элементы обновления

- Запись пациентов
- Группировка / сетевые практики
- Расширенные часы доступа
- Более эффективное использование информационных технологий
- Акцент на комплексных услугах по уходу

# Что такое семейная сеть здоровья?

- Это группа по крайней мере, из 5 семейных врачей совместно с другими профессионалами здравоохранения действующая, чтобы обеспечить доступную, скоординированную помощь для пациентов
- Работа ночью (вне часов приема) обеспечивается с помощью комбинации звонков к врачу по договоренности и телефонной консультативной медицинской службы
- Новый метод оплаты врачам
- Добровольное для всех пациентов и врачей

# Участие пациентов необходимо

- Чтобы обратиться за лечением от их семейной медсестры семейного врача за исключением, если они путешествуют или находятся в чрезвычайной ситуации
- Чтобы разрешить Министерству обеспечить своего врача информацией об услугах, которые они получили от семейных врачей за пределами сети и некоторых профилактических услуг
- Чтобы не перейти к врачу они зачислены с более чем два раза в год
- *Однако: пациенты не обязаны регистрироваться, чтобы по-прежнему получать услуги, им не будет отказано в регистрации из-за их состояния здоровья или потребности в услугах*

---

# Телефон консультативной службы здравоохранения (ТКСЗ)

- Работа ночью
- Укомплектованны медсестрами
- Звонок к врачу при необходимости, в противном случае направляют пациента в больницу или заканчивается помощью самому себе.
- Сообщают по факсу следующий день лечащему врачу (с разрешения пациента)

# Семейные группы здоровья - Обзор

- Минимум 3 врачей
- Комплексный уход для списка Министерства здравоохранения и "зарегистрированных" пациентов
- Плата за услуги
- 10% увеличение в 13 наиболее распространенных кодов ВОП
- Дополнительные выплаты премиальных
- Услуги по официальным часам работы
- Регистрация пациента
- Телефон Консультационных услуг здравоохранения
- Все платежи непосредственно на отдельных врачей входящих в семейную группу

# Семейная группа здоровья (СГЗ)

- Основывается на существующих моделях первичной медицинской помощи
- Многопрофильная команда (врачи, медсестры, и другие по мере необходимости)
- Развернутый часы работы
- Улучшенная система интеграции
- IT поддержка

---

# Семейная группа здоровья (СГЗ)

- Гибкие
- Партнерство сообщество и поставщика услуг
- Местная интеграция
- Пациент ориентирована
- Доказательный сбалансированный подход
- Прозрачность и консультации
- Изменения совершались основе подхода, основанного на стимулах

---

# Барьеры препятствующие изменениям

- Скептицизм и цинизм
- Нежелание работать в группе / проблемы с партнерами
- Разработка соглашения управления
- Задержки в области информационных технологий
- Задержки в финансировании / внедрения многопрофильной группы

---

# Основные составляющие изменений

- Политическая воля
- Роль агентства
- Поддержка областной медицинской ассоциации
- Врачи и коллеги
- Общественная поддержка

# Глобальные проблемы здравоохранения: Сдвиги в распределении смерти и болезней

- Сдвиг от младших возрастов в более старшие группы
- Сдвиг от инфекционных б-ней, материнской и перинатальной смертности неинфекционным заболеваниям
- Смертность от ДТП увеличивается; смертность, вызванная табаком обгоняют смертность, связанную с ВИЧ / СПИДом
- Увеличение частоты мульти - заболеваемости связано со старением

The World Health Report 2008, 'Primary Health Care – Now More than Ever', WHO 2008, Geneva

# Disease Burden in Kazakhstan and EU

Cause	Kazakhstan	CIS8	EU27	EU15
Cardiovascular diseases	22	22	14	12
Neuropsychiatric disorders	14	16	30	32
Unintentional Injuries	13	8	8	7
Infectious and parasitic diseases	5	7	2	2
Perinatal conditions	4	5	N/A	NA
Digestive diseases	5	6	5	4
Respiratory infections	4	6	N/A	NA
Respiratory diseases	4	4	6	7
Cancer (malignant neoplasms)	7	6	13	13
Intentional injuries	7	N/A	3	N/A
Total non-communicable diseases	76	82	87	84
Total communicable diseases	5	7	2	2
Total injuries	19	11	11	10

# Некоторые отличия обычной медицинской помощи от пациент-ориентированной ПМСП

Обычная амбулаторная медицинская помощь в клиниках или поликлиниках	Программы контроля заболеваний	Пациент-ориентированная ПМСП
Фокус на болезни и лечении	Фокус на приоритетных заб-х	Фокус на потребностях здоровья
Отношения происходят только в момент оказания медпомощи	Отношения определяются только в рамках исполнения программы	Прочные личные отношения
Эпизодическая медицинская помощь	Вмешательства, определенные рамки по борьбе с инф. заб-ми	Всеобъемлющая, продолжительная пациент-ориентированная помощь
Ответственность ограничивается эффективным и безопасным советом пациенту в момент консультации	Ответственность, относящееся к целям программы среди целевой группы населения	Ответственность за здоровье все общины на все время жизни; ответственность за контроль за детерминантами здоровья
Пациенты потребители той помощи, которую они купили	Группа населения являются целью для мер по контролю	Люди партнеры в управлении собственным здоровьем и

# Оценка элементов: пациент-ориентированная

## ПОМОЩЬ

- Человек-ориентированность: есть свидетельства улучшения, как показано на прямых обследованиях и наблюдениях за пациентами?
- Полнота: действительно портфель услуг первичной медицинской помощи расширяется и становится более полным, достигнув полного социального пакета включающего паллиативную помощь для всех возрастных групп?
- Непрерывность: это информация для физических лиц регистрируются в течение жизненного цикла и передаются между уровнями оказания медицинской помощи в случаях направления и в блок первичной медицинской помощи в другом месте, когда люди переехать?
- Регулярное точка входа: будут приняты меры для обеспечения того, чтобы поставщики знают своих клиентов, и наоборот?
- The World Health Report 2008, 'Primary Health Care – Now More than Ever', WHO 2008, Geneva

# Групповая работа

- В небольших группах обсудить и подготовить презентацию по организации ПМСП в Казахстане?
- Опишите взаимосвязь между различными уровнями оказания медицинской помощи
- Укажите поставщиков медуслуг, работающих в ПМСП
- Какова роль пациентов в ПМСП в Казахстане?
- Определите 5 основных шагов для улучшения ПМСП в Казахстане

# References

- Barbara Starfield “Cross national comparisons of primary”, Primary Care Concept, Evaluation and Policy, p.219, New York, Oxford University Press, 1992
- Starfield B et al. Continuity and coordination in primary care: their achievement and utility. Medical Care, 1976, 14:625–636.
- Busse, R., 2003: Presentation to WHO- LOs in Riga, Latvia
- Boerma WGW. Profiles of general practice in Europe. An international study of variation in the tasks of general practitioners. Doctoral Thesis. Utrecht: NIVEL, 2003
- Boerma WGW. Coordination and integration in European primary care. In: Saltman RB, Rico A, Boerma WGW, eds. Primary care in the driver’s seat? Organizational reform in European primary care. Maidenhead, Open University Press, 2006 ([http://www.euro.who.int/Document/E87932\\_chapt1.pdf](http://www.euro.who.int/Document/E87932_chapt1.pdf)).
- Reid R, Haggerty J, McKendry R. Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare. Ottawa, Canadian Health Services Research Foundation, 2002
- The World Health Report 2008, ‘Primary Health Care – Now More than Ever’, WHO 2008, Geneva
- Sharman, A., “Kazakhstan: Background, health care academic medicine”, Nazarbayev University,