
Определение первичной медико-санитарной помощи (ПМСП)

Orvill Adams

Orvill Adams & Associates B.V.

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 большой 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

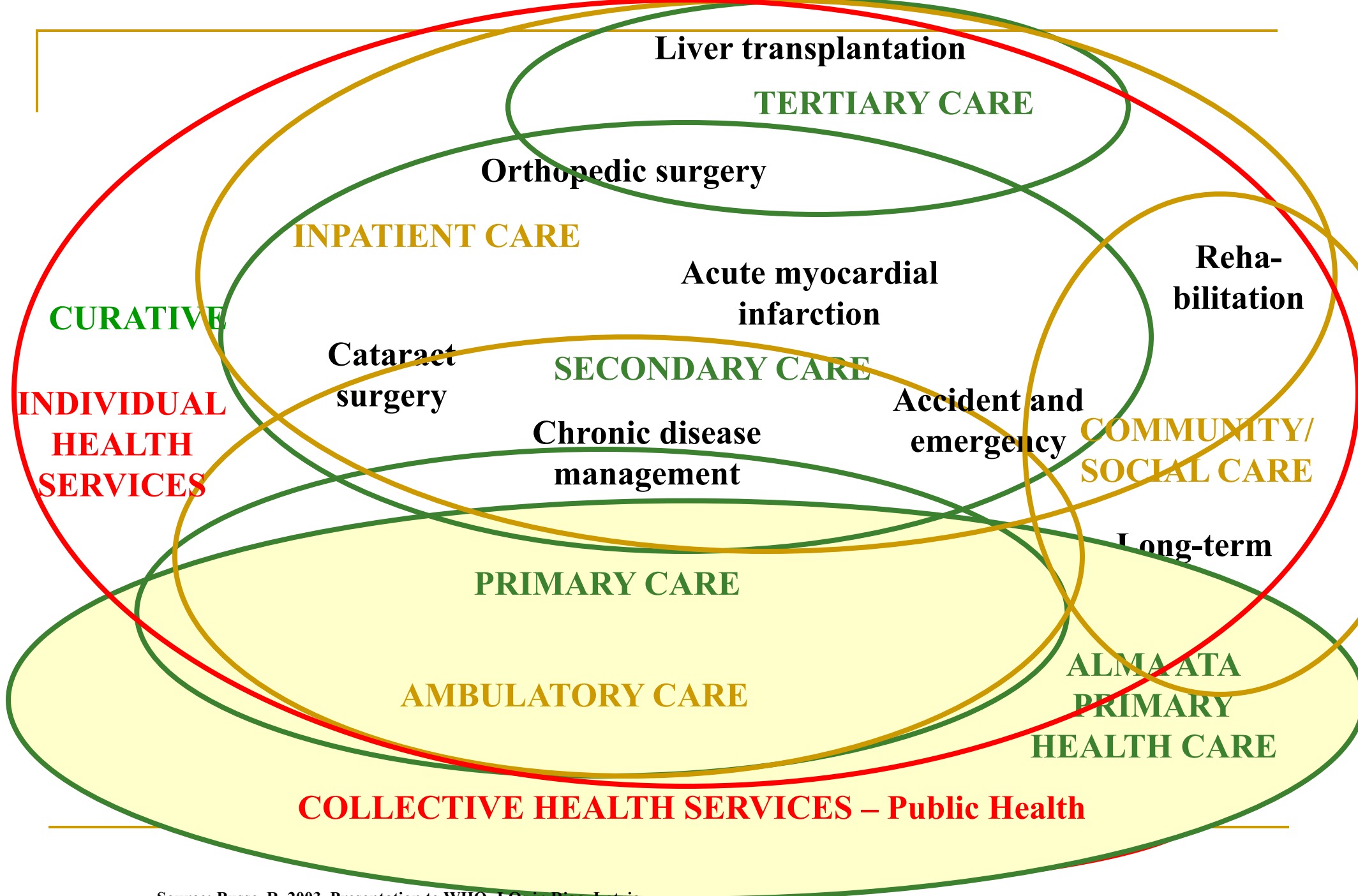
- первый контакт
- продолжительная
- полная
- координация
- ориентирована на семью
- ориентация на сообщество

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 характеристики врачей общей практики (пол, возраст, подготовка),
- Организация практики (работа в команде, имеющееся оборудование),
- Установка (городские, сельские, практика население, 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 Онтарио...

- ✓ 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).
- 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,