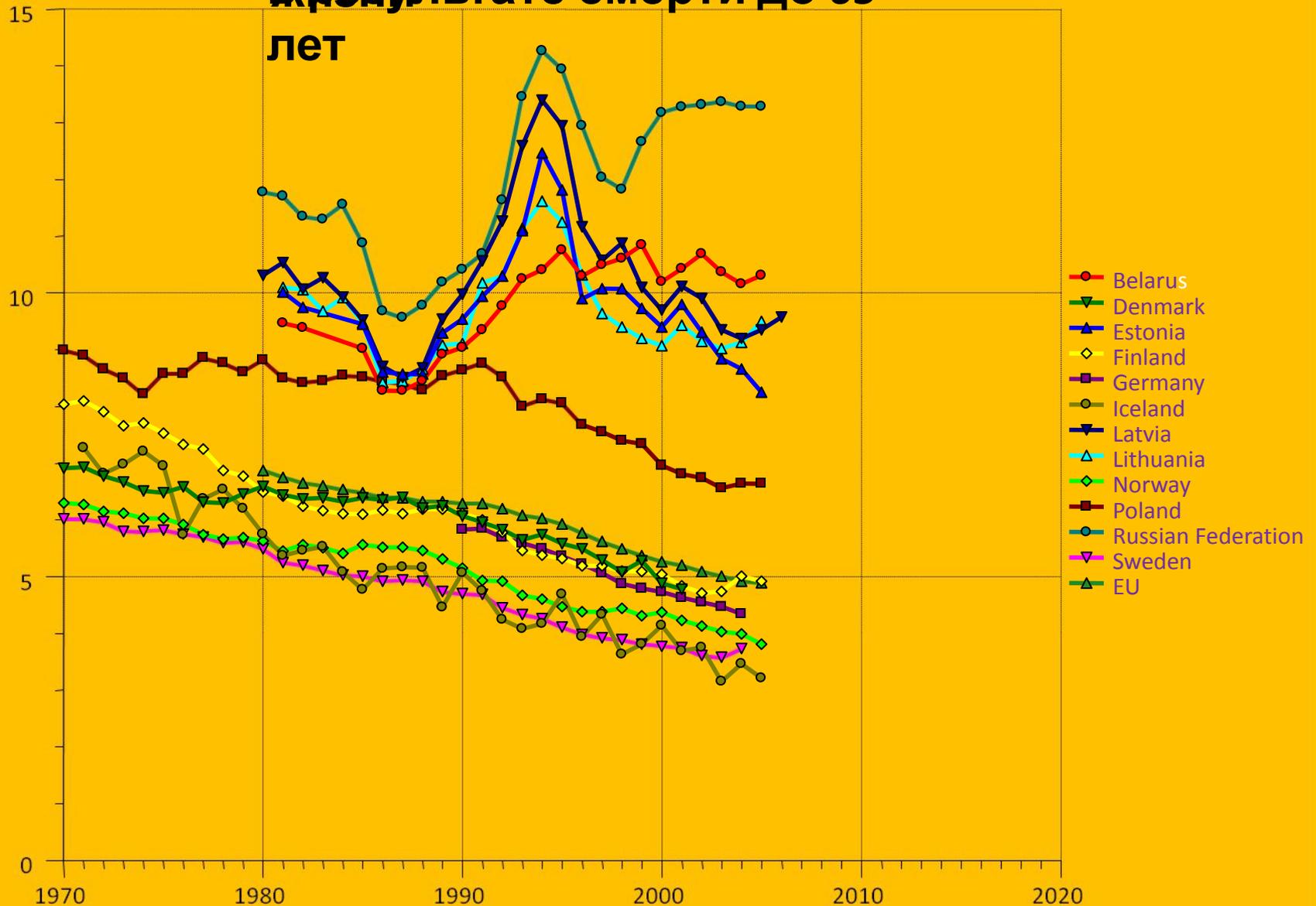


Уроки становления семейной медицины в России

*Доценко М.С.,
заведующий курсом семейной медицины
СПбГМА им. И.И.Мечникова
«Дни Британского здравоохранения
в Санкт-Петербурге»
05.10.2010*

Сокращение продолжительности жизни в результате смерти до 65



Динамика развития семейной медицины в СПб



Динамика развития семейной медицины в СПб



Анализ основных медико-демографических показателей систем здравоохранения Великобритании, в частности графства Девон, и России (за 1999-2000)

- Расходы на здравоохранение в Великобритании составляют **6,7%** от ВВП, в России — **3,2%**;
- финансирование здравоохранения в графстве Девон составляет 750 фунтов на 1 жителя в год, в Ярославле эти затраты составили в 2000 г. 23 фунта;
- показатель общей смертности на 1000 жителей в Великобритании — **10**, в России — **14**,
- основной показатель эффективности медико-социальной системы в стране — показатель младенческой смертности — в Великобритании **равен 6 на 1000 родившихся** (в графстве Девон — 5), в России этот показатель в 2000 г. составил **15,3 на 1000 родившихся**
- средняя продолжительность жизни в Великобритании для мужчин — **74 года**, для женщин — **80**, в России — соответственно **61** и **73** года

России: плюсы и минусы (Р.К. Игнатьева, Н.Л. Черная, Н.П. Антипова, Научный центр здоровья детей, Москва; Ярославская государственная медицинская академия; Департамент здравоохранения и фармации Администрации Ярославской области) [2\(2\) 2005 / Организация здравоохранения /Public health organization/](#)

Высокая эффективность британской модели здравоохранения обеспечивается в значительной степени

- сохранением принципа государственного регулирования, высоким уровнем финансирования,
- экономически целесообразным распределением финансовых средств и
- широким участием общественности в принятии управленческих решений по различным проблемам здравоохранения

Система медико-социальной помощи населению в Великобритании и России: плюсы и минусы

Действующий сегодня **план по управлению здравоохранением Эксетера**, признанный лучшим среди аналогичных планов в Великобритании и сохраняющий приоритетность первичной медико-санитарной помощи, предусматривает следующие **этические принципы в области здравоохранения**:

- **бесплатный характер оказания медицинской помощи**, включая **бесплатное обеспечение медикаментами** детей до 16-ти лет, пожилых людей старше 60-ти лет, студентов, беременных и пациентов, страдающих некоторыми хроническими заболеваниями;
- **равнодоступность медицинской помощи для всех слоев населения**;
- инвестирование ресурсов только в те области здравоохранения, в которых **более всего нуждаются пациенты**;
- направление инвестиций в те отрасли, где **выше показатель стоимость-эффективность**.

Дембский Л.К.

"Туманный Альбион в поисках панацеи"

- **Государственная медицина** определяет доступность услуг для каждого.
- **Великобритания предоставляет бесплатное медобслуживание всем имеющим право на проживание в стране, независимо от гражданства и уровня доходов.**
- Национальная система здравоохранения предоставляет своим гражданам и существенные льготы в отношении приобретения лекарств.
- Для детей и подростков в возрасте до 16 лет, студентов до 18 лет и тех, кому за 80, медикаменты предоставляются бесплатно.
- Для пенсионеров, то есть лиц 65 лет и старше предусматривается система скидок, определяющаяся размером пенсии и уровнем их благосостояния.

**ОСНОВЫ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ОБ ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН
от 22 июля 1993 г. N 5487-1**

- **Статья 38. Первичная медико-санитарная помощь**

Первичная медико-санитарная помощь является основным, доступным и бесплатным для каждого гражданина видом медицинского обслуживания и включает: лечение наиболее распространенных болезней, а также травм, отравлений и других неотложных состояний; медицинской профилактики важнейших заболеваний; санитарно-гигиеническое образование; проведение других мероприятий, связанных с оказанием медико-санитарной помощи гражданам по месту жительства.

- Многочисленные статистические исследования указывают на излишнюю специализацию амбулаторной и стационарной помощи в современных условиях.
- Участковые терапевты направляют на консультацию к узким специалистам не менее 30% больных, тогда как в Великобритании доля таких направлений не превышает 8,6%

- До 80% граждан начинают и заканчивают лечение в первичном звене.
- Если этот процент меняется, то система становится все более и более затратной.
- Сегодня в поликлиниках — звене первичной медпомощи — начинают и заканчивают лечение 35-40% пациентов, все остальные идут к узким специалистам и в стационары.
- Мы формируем самую дорогую систему здравоохранения, а в нашей экономической ситуации это просто недопустимо.

Кадровые проблемы

- Согласно данным Федерального регистра медицинских и фармацевтических работников (ФРМФР), в Российской Федерации работает **6756 врачей**, имеющих специальность «врач общей практики (семейный врач)», что составляет всего **8,5%** от числа врачей первичного звена здравоохранения и менее **1%** от числа всех врачей.
- По состоянию на 1 января 2008 г. **1877 врачей** общей практики не работают по специальности (данные ФРМФР).

- Подавляющее большинство врачей первичного звена – женщины, но среди врачей общей практики мужчин больше, чем среди других категорий участковых врачей.
- Практически треть участковых терапевтов – это люди пенсионного возраста, а лиц моложе 30 лет - только десятая часть.

Проблемы ПМСП в РФ

- Участковые терапевты и педиатры в подавляющем большинстве (90 и 83%, соответственно) оказывают медицинскую помощь на участках с превышением нормативов по численности прикрепленного населения,
- Врачи общей практики в 58% случаев на своих участках имеют больше прикрепленного населения, чем рекомендовано соответствующими приказами Минздравсоцразвития РФ.

Роль национального проекта «Здоровье» в становлении семейной медицины в России

- Не отмечено приоритетного развития семейной медицины**
- Не подчеркнута ведущая роль и перспективы в развитии ПМСП общей врачебной практики и центральной фигуры – семейного врача**
- Уравнены позиции участкового врача и врача общей практики (в том числе и материальные)**
- Не отмечена необходимость первоочередной подготовки кадров семейной медицины**

**Проблемы становления семейной медицины в РФ =
= на что остались «закрытыми глаза»**

- В первичной медицинской помощи продолжается использование наиболее нерациональной системы оплаты труда на основе гонорарного метода – за каждую детальную услугу или по законченному случаю.
- При этом утрачивается ответственность врача за состояние здоровья приписанного к нему населения. Его доход зависит от числа больных людей и объема оказанных им услуг.
- Это полностью противоречит назначению врача общей практики, так как исчезает стимул для проведения профилактической работы с населением.
- Признанный одним из оптимальных, метод подушевой оплаты объявляется «экспериментальным» и применяется в пилотных проектах

Е.И. Черниенко,
зав. отделом по изучению проблем семейной медицины
НИЦ ММА им. И.М. Сеченова, Н.Г. Шамшурин
Здравоохранение №4-2009

- Система фондодержания при организации *общей врачебной практики* (ОВП) получила развитие в Великобритании
- ОВП финансируется в зависимости от числа прикрепленного населения; устанавливается норматив финансирования части затрат на другие виды медицинской помощи.
- Отношения со стационарами и специалистами амбулаторного звена для расчетов за оказанные услуги строятся на основе договоров.
- Используется метод подушевого финансирования оплаты медицинской помощи.
- **Доход ОВП складывается на 60% из подушевой оплаты, на 15% – из оплаты по гонорарному принципу, на 25% – из твердой зарплаты врачей и субсидий на содержание практик.**
- **Субсидии покрывают расходы на аренду помещений, оплату вспомогательного персонала, информационное обеспечение, повышение квалификации врачей.**

**Проблемы становления семейной медицины в РФ =
= на что остались «закрытыми глаза»**

- Не удалось сместить расходы на внебольничную помощь с нынешних 20-30% до 40-50% всех расходов на здравоохранение.**
- Напротив, имеет место обратная тенденция – продолжение процесса увеличения расходов на больничную помощь в ущерб внебольничной помощи.**

**Проблемы становления семейной медицины в РФ =
= на что остались «закрытыми глаза»**

- **Используется традиционный тезис о так называемой «российской специфике», требующей постепенного, многолетнего перехода от поликлинической системы к общей врачебной практике.**

«Становление общей врачебной практики (ОВП) должно «вызреть» в действующей системе оказания первичной медицинской помощи.»

(из выступления на II съезде ВП)

**Проблемы становления семейной медицины в РФ =
= на что остались «закрытыми глаза»**

- Несмотря на то, что весь мировой опыт функционирования семейной медицины продемонстрировал её преимущества как оптимальной формы организации первичного звена здравоохранения, по-прежнему, продолжают высказывания о «недопустимости разрушения сложившейся поликлинической системы»**

Проблемы становления семейной медицины в РФ =
= на что остались «закрытыми глаза»

- *Несмотря на усилия, направленные субъектами Российской Федерации на реализацию федеральной отраслевой программы «Общая врачебная (семейная) практика», врач общей практики не стал основным субъектом системы медицинской помощи на догоспитальном этапе*

Проблемы становления семейной медицины в РФ = на что остались «закрытыми глаза»

- За это время семейная медицина не стала основной формой организации ПМСП.**
- Несмотря на провозглашенный приоритет развития семейной медицины, характер ее развития до сих пор часто носит черты экспериментальных пилотных проектов.**

Проблема дефицита кадров

- **Кадровый дефицит, обусловленный многолетним существованием низкого престижа профессии врача амбулаторной помощи**
- **Кадровый дефицит замыкает порочный круг: низкая зарплата – низкий престиж - дефицит кадров - перегрузка пациентами и несвойственной врачебной должности работой – снижение привлекательности профессии - отсутствие притока молодых кадров**

Статистика по России

- В России насчитывается 87 миллиардеров с совокупным капиталом в \$471,4 млрд.
- По данным ЦСИ «Росгосстраха», в России годовой доход более \$1млн у 160.000 человек
- Годовой доход более \$100.000 имеют 440.000 семей
- 1,5% населения РФ владеют 50% национальных богатств
- Число российских душ с доходами ниже прожиточного уровня (4.646 руб/мес) составляет 43.100.000

Доля государственных расходов на социальные нужды (образование, здравоохранение, ЖКХ, культуру, спорт и т.п.) – 2007 год

- Развитые страны – 70,3%**
- Страны Латинской Америки – 64.1%**
- Страны Азии – 54,9%**
- Страны Африки -50,1%**
- Россия – 15%**

**Доля государственных расходов на содержание
государственного аппарата, внутреннюю безопасность и
оборону – 2007 год**

- Развитые страны – 11,1%**
- Страны Латинской Америки – 19,2%**
- Страны Азии – 27,5%**
- Страны Африки – 25,7%**
- Россия – 42,2%**

- **В целом, для улучшения функционирования системы здравоохранения в России необходимо:**
- — оптимизировать структуру медицинских услуг и пересмотреть функциональные обязанности врачей всех специальностей, отказавшись от неэффективных и экономически затратных форм работы;
- — пересмотреть учебные программы медицинских вузов и колледжей, расширив преподавание вопросов первичной медицинской помощи населению;
- — согласовать программы подготовки врачебных и сестринских кадров, более перспективно объединить системы подготовки врачебных и сестринских кадров (как это сделано во многих странах мира);
- — повысить эффективность работы управленческих кадров, изменив принцип работы, заменив контролирующие функции на аналитические.

**Проблемы становления семейной медицины в РФ =
= на что остались «закрытыми глаза»**

- Не выполнено главное условие в процессе серьезных структурных преобразований поликлиники – организационное, финансовое и юридическое выделение ОВП

(Практическое руководство по реализации реформы здравоохранения, основанное на опыте международных проектов, осуществившихся в Российской Федерации. Управление здравоохранением. Организация общей врачебной практики. Укрепление здоровья и профилактика неинфекционных заболеваний. М., 2002).

- Положение семейной медицины в системе здравоохранения не приобрело качества новой специальности, а продолжает иметь статус расширения функций врача-терапевта.

Главный специалист по врачам общей практики (ВОП) Минздравсоцразвития России, проректор ММА им. И.М. Сеченова, академик РАМН И.Н. Денисов.

- **ОТ СПОРОВ УЖЕ УСТАЛИ (ПОРА ПОДДЕРЖИВАТЬ И РАЗВИВАТЬ ОБЩУЮ ВРАЧЕБНУЮ ПРАКТИКУ)**
- Споры о том, нужны ли врачи общей практики, пустые. Врач такой есть, работа идет, первичный уровень модернизируется. Не надо спрашивать у министерства, поддерживает ли оно эти формы. Мы давно их внедряем.

Медицинская газета № 39, 2005 г., с.5.

**Бесполезно говорить: мы
делаем всё, что можем.
Надо делать то, что
необходимо.**

У. Черчилль