

Изменения в организации первичной медико- санитарной помощи: сравнение российских и европейских тенденций

Проф. Игорь Шейман (НИУ ВШЭ)
isheiman@hse.ru

**МЕЖДУНАРОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «НОВЫЕ ВЫЗОВЫ ДЕМОГРАФИЧЕСКОГО,
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО И МЕДИКО-ТЕХНОЛОГИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ: ПОИСК НОВЫХ
МОДЕЛЕЙ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»
МОСКВА, 15.12.2021**

Major characteristics of primary health care organization in Russia

- Multi-specialty polyclinic (MSP) is a major provider of PHC in urban areas. Generalists (mostly district therapists and pediatricians) work together with outpatient specialists.
- Major components of a polyclinic:
 - district service (uchastkovaya sluzhba) – provider of generalist care
 - units providing specialized care
 - diagnostic units and preventive care units
- The capacity of polyclinics varies from 30 000 to 120 000 people served in big cities to fewer than 15,000 in small towns and rural areas.
- Depending on the size of the polyclinic, there are from 5 to 20 categories of specialists providing most of the polyclinic's services
- District physicians act as gatekeepers through referrals to specialists. Recently, gatekeeping has weakened.
- GP is not a major provider of PHC: only 15% of district service physicians

Какие европейские тенденции присутствуют в российской системе ПМСП?

- Передача части пациентов стационаров на амбулаторный этап
- Усилившийся акцент на раннее выявление заболеваний и стимулирование здорового образа жизни
- Поиск новых форм командной работы: дальнейшая специализация труда в составе поликлиник
- Оптимизация внутренних процессов в работе поликлиники (организация рабочего места, совершенствование логистических схем и проч.)
- Развиваются методы оплаты, стимулирующие выявление заболеваний и повышение качества помощи

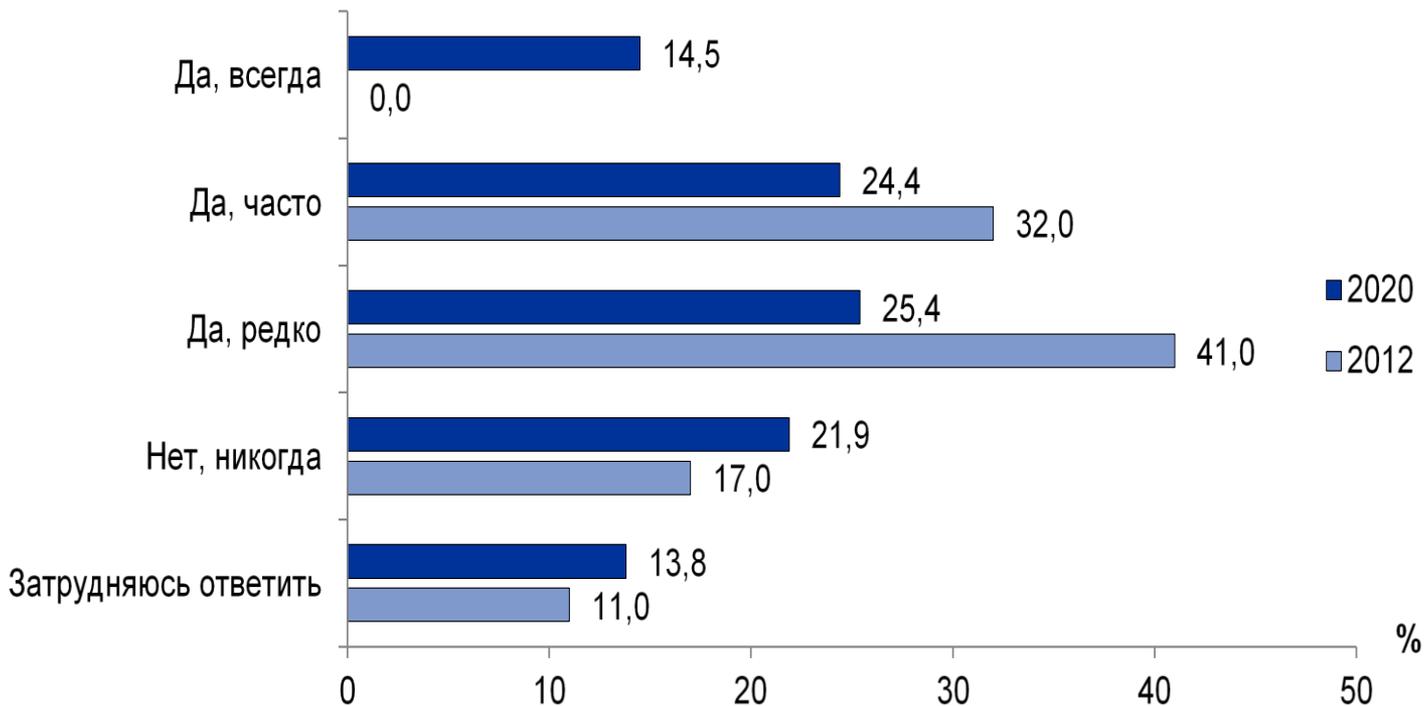
Какие европейские тенденции отсутствуют или только наметились?

- Междисциплинарная координация в составе поликлиники практически не ощущается из-за слабого развития ВОПа как главного координатора
- Акцент на обеспечение преемственности лечения декларируется, но реальных мероприятий практически нет
- Есть что-то похожее на программы управления хроническими заболеваниями (диспансерное наблюдение), но сильно отличается по составу участников, набору лечебных мероприятий и результативности
- Интеграция с социальной службой и местными органами власти находится в зачаточном состоянии
- Повышение роли медсестры практически отсутствует

Обеспечивает ли многопрофильная поликлиника более высокий уровень интеграции ПМСП?

1. Взаимодействие врачей участковой службы и специалистов

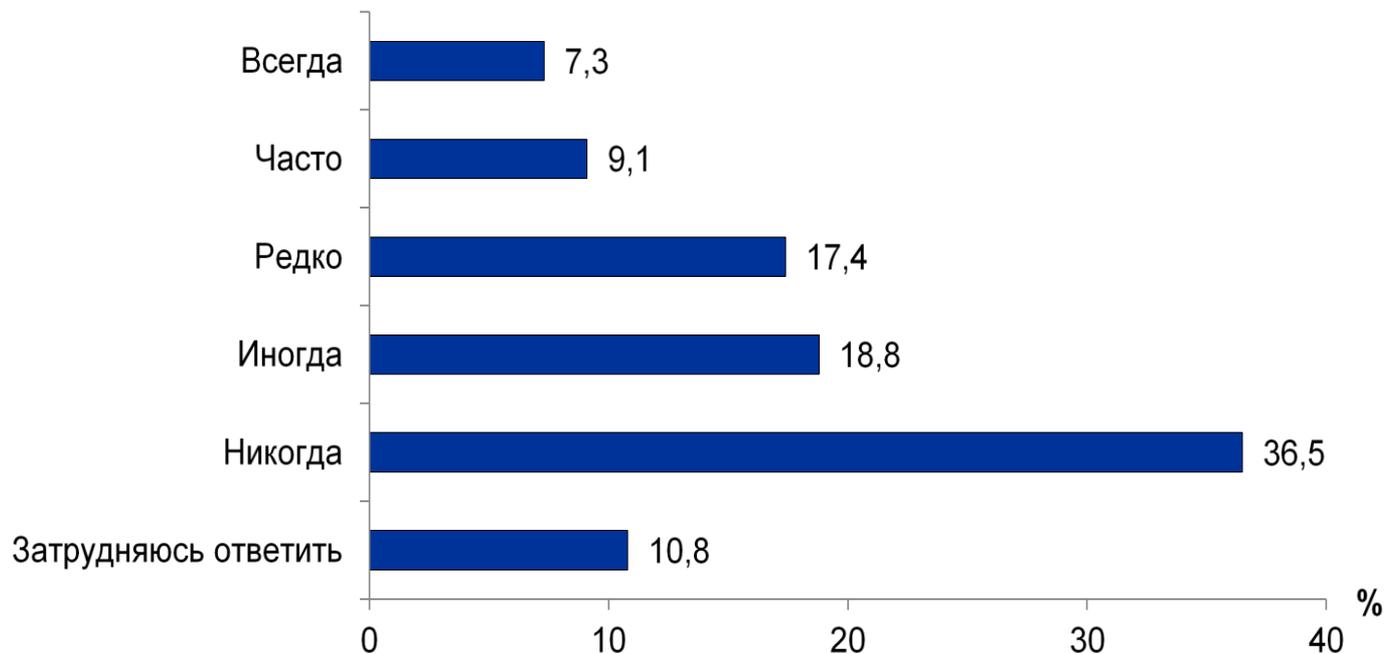
(Сажина с соавт. 2021)



Распределение ответов врачей поликлиник на вопрос «Насколько часто в Вашей поликлинике практикуется совместная разработка планов ведения пациента врачами участковой службы и узкими специалистами?» в 2012 и в 2020 гг., %

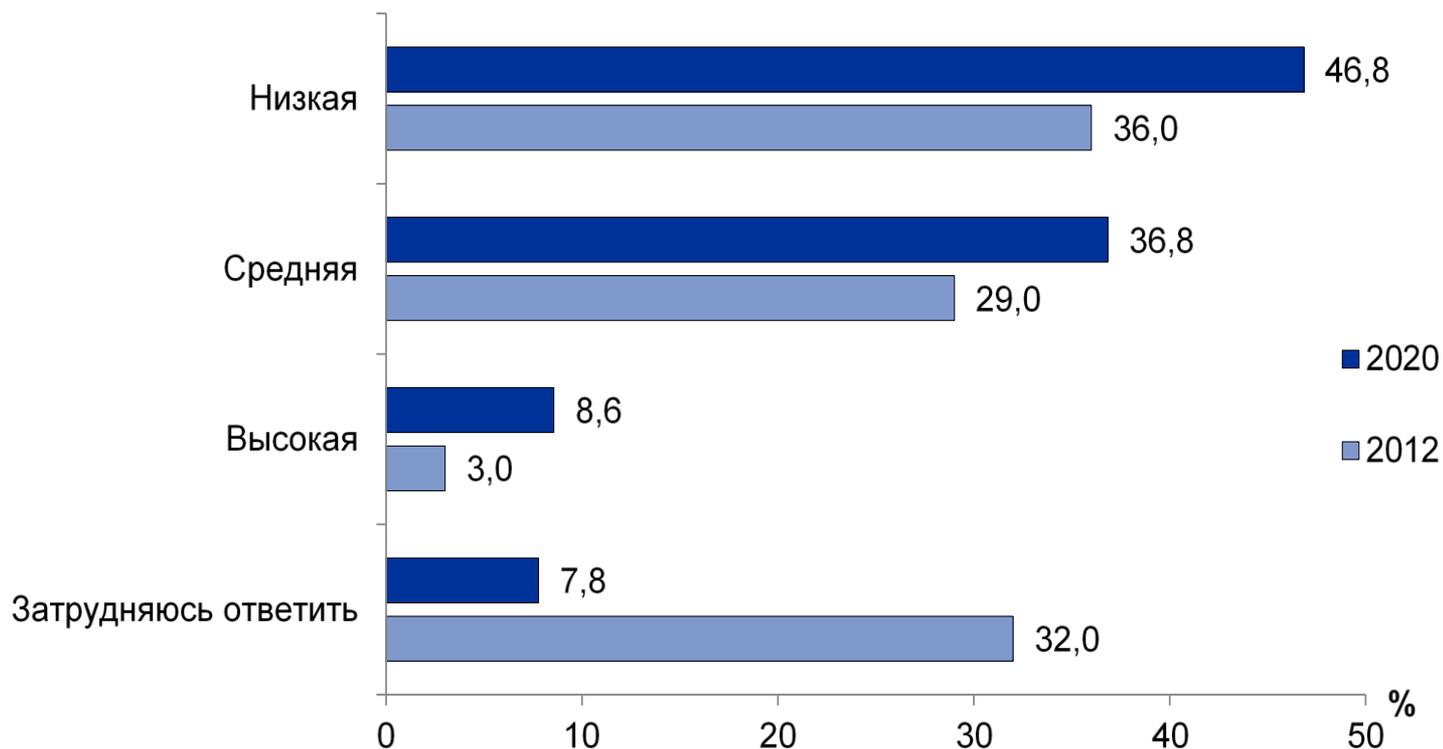
2. Взаимодействие поликлиник и социальной службы

(Сажина с соавт. 2021)



Распределение ответов врачей поликлиник на вопрос «Обращались ли Вы по собственной инициативе в службы социальной защиты в тех случаях, когда считали, что Вашим пациентам необходима помощь этих служб, в условиях обычной работы до марта 2020 г.» в 2020 г., %

3. Степень преимущества лечения *(Сажина с соавт. 2021)*



Распределение ответов врачей поликлиник на вопрос «Как бы Вы оценили степень преимущества ведения пациентов между стационарными и амбулаторными учреждениями в Вашем регионе?» в 2012 и в 2020 гг., % от всех опрошенных

4. Влияние размера медицинской организации на уровень интеграции медицинской помощи

(Sheiman, Shevsky, 2019)

- Связь не прослеживается
- Интеграция обеспечивается конкретными мероприятиями, а не повышением размера медицинской организации

Чем отличаются европейские модели расширенной общей врачебной практики от российской модели поликлиники?

- Уровень специализации врачей остается существенно ниже: 2-3 категории врачей специалистов (*Groenengen et al, 2015*) vs 10-20 в российских крупных поликлиниках
- В зарубежных расширенных практиках приток новых категорий работников идет главным образом за счет разных категорий среднего персонала, в российских поликлиниках – за счет врачей специалистов
- Сохраняется центральная роль ВОПа: 80-95% обращений начинается и заканчивается на уровне ВОПа (*Kringos et al, 2015*). В России роль участкового врача падает: до 60-70% посещений - специалисты. **То есть в расширенных практиках за рубежом специалисты дополняют ВОПа, у нас замещают**
- В европейских моделях специалисты амбулаторного звена в той или иной мере связаны со стационаром. В России специалисты поликлиник никак не связаны со стационаром, что крайне негативно сказывается на уровне их квалификации
- В европейских странах первичное звено тесно связано с местными органами самоуправления. В России эта связь незначительна.

Достоинства и недостатки российской модели многопрофильной поликлиники

Достоинства:

- возможность получения помощи в одном месте,
- есть предпосылки для интеграции помощи, но нет интеграции (опросы НИУ ВШЭ)
- есть потенциальная экономия на масштабах оказания услуг

Недостатки:

1) модель поликлиники ограничивает клинические функции участкового врача:

- ему трудно побороть искушение направить пациента к специалисту, чья приемная расположена за соседней дверью
- требование администрации полностью занять всех специалистов и выполнить план по числу посещений

2) сильное административное давление на врачей в поликлиниках, ограничивающее их профессиональную автономию

3) действует принцип общего «экономического котла»

4) обезличенная ответственность за здоровье приписавшегося населения

Модель поликлиники не доказывает своих преимуществ перед европейскими моделями

- удовлетворенности населения доступностью и качеством медицинской помощи намного ниже
- на 50-70% выше объемы стационарной помощи на одного жителя
- намного выше число вызовов скорой медицинской помощи
- намного выше частота «катастрофических» состояний

Нужен поиск новых организационных моделей первичной помощи