Предлагаем обсудить

УДК 614.88:614.3

ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ И «ДУШЕВНЫЙ СКЛАД» ТЕКУЩЕГО ВРЕМЕНИ

Н.Н.Пилиппевич

Белорусский государственный медицинский университет, пр. Дзержинского, 83, 220116, г. Минск, Республика Беларусь

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) — результативная профессиональная деятельность сформированной и оснащенной соответственно предназначению штатной структуры, реализующей вид медицинской помощи с таким же названием. Место приложения — зона первичного контакта населения и медико-санитарных служб. Основное действующее лицо — врач общей практики. Его функции: организация и проведение медицинской профилактики, участие в социальной профилактике, лечебная и оздоровительная работа, в целом — первичная забота о здоровье. «Душевный склад» — интегрированный компонент психического/душевного состояния, способствующий установлению профессионального общения в системе отношений «врач — пациент — население» для сохранения и укрепления здоровья. В государственно-бюджетной модели здравоохранения, по заключению ВОЗ, на уровне ПМСП реально решение проблем со здоровьем до 90% пациентов, и это является исходной предпосылкой для последующей модернизации всей системы охраны здоровья.

Ключевые слова: первичная медико-санитарная помощь (ПМСП); врач общей практики (ВОП); система отношений «врач – пациент – население».

В организационно-структурном построении и функционировании системы здравоохранения взаимодействуют два глобальных блока (ВОЗ). Один из них — первичная медико-санитарная помощь (ПМСП). По роли, месту, вкладу в деятельность отрасли сложилась мощная обобщающая его оценка — фундамент (в иной, близкой содержательной трактовке — ядро, основа) здравоохранения. Второй блок — специализированная медицинская помощь — его вершина. В этих блоках в здравоохранении отдельных государств, в том числе и отечественном, имеется своя внутренняя компонентная структура. Под воздействием различных влияющих факторов в этой структуре происходят изменения с различной направленностью, частотой, глубиной.

Обоснование взаимосвязи обсуждаемых понятий как предмета исследования и обсуждения:

1. Контактная сочетаемость понятий. Авторское построение названия статьи включает два компонента. Во все времена (в этом контексте

предлагается воспринимать *«текущее время»*) между ними существовали тесная совместимость и взаимодействие.

В названии имеется емкая, но, на первый взгляд, находящаяся в тени и, вместе с тем, постоянная по факту своего присутствия и участия в процессе, подчас «жестко работающая» дифференцирующая составляющая – понятие «душевный склад». Основание для его объединения с ПМСП в едином материале - исторически сложившееся восприятие этого понятия как важнейшего компонента медицинской помощи. Душевный склад общества – своеобразная «аранжировка», продукт всенародного оценочного творчества, имеющий множество изменяющихся в динамике оттенков. В упрощенном представлении, применительно к теме данной работы – это совокупное психологическое состояние всех членов общества по критерию самого дорогого для человека – здоровья и жизни. На страже их восстановления и сбережения находится государственный институт -

отрасль здравоохранения. К этому институту, в первую очередь, адресуется все, что связано с этими величайшими человеческими ценностями.

- 2. Двустороннее личностное взаимодействие выражается в форме непосредственного контакта в процессе врачевания. С ведущей стороны в нем участвует субъект – врач, организующий, управляющий и одновременно реализующий весь лечебно-профилактический процесс. С ведомой стороны: объект - пациент, обратившийся за медицинской помощью. По его удовлетворенности результатами обращения складываются суждения об их содержании, переходящие в общую, на уровне субъективного восприятия, оценку профессиональной деятельности врача. Опосредованно, на групповом и социальном уровне оценка расширяется до деятельности отдельной организации здравоохранения, территориального здравоохранения, отрасли в целом. В большинстве своем оценки носят доброжелательный позитивный характер, но нередки и оценки противоположной направленности. Каждый человек (и общество в целом) оценивает их в такой мере личного интереса и остроты, в какой они сказываются на его жизнедеятельности, благополучии.
- 3. Психологический настрой. Применительно к деятельности здравоохранения крайне важен обоюдный позитивный психологический настрой по принципу: «положительные эмоции - к положительным эмоциям». Особенно значимо такое состояние со стороны пациента - к окружающей обстановке, к самому врачу, ко всему тому, что он делает, к врачебному корпусу в целом. С ним у больного человека ассоциируются такие слагаемые, как, например, вера в жизнь, надежда на выздоровление, планирование своего будущего. В порядке подтверждения «пользы» поддержания у людей крепости духа, эмоционального подъема, заимствуем исторический пример профессора Н.И.Пирогова (1810–1881) из опыта его участия в организации медицинского обеспечения боевых действий русских войск: «...у раненых солдат армии-победительницы раны заживали быстрее и лучше, чем у солдат армии побежденной...». В фигуре врача, по результатам его деятельности, преломляются и концентрируются по критерию «здоровье» интересы пациента и, опосредованно, государства и общества. Для государства и общества значимо в экономическом и социальном плане, чтобы каждый житель страны был здоровым, мог продуктивно участвовать в производстве материальных благ, социальной жизни.
- 4. *Единство в лечении «телесного» и духов*ного. Непреходяще по своей ценности давнее вра-

- чебное наблюдение, что в едином человеческом организме терапевтические усилия врача в процессе лечения «раскладываются» на две одинаково значимые составляющие: лечение болезней тела и коррекцию духа. Врачи часто не признают, в ряде случаев не замечают губительного воздействия своих необдуманных высказываний, от которых болезнь прогрессирует, боль усиливается. Русский психиатр и невролог В.М.Бехтерев (1857–1927) так оценивал результат общения врача и пациента: «Если больному после беседы с врачом не становится легче, то это не врач». Американский кардиолог Бернард Лаун (род. 07.06.1921) на основании своего многолетнего опыта указывает, что без теснейшего душевного контакта врача с пациентом исцеление невозможно. Считается, что при искусном их сочетании общий терапевтический результат потенцируется до 40%, а может, по обстановке, и больше.
- 5. Престиж здравоохранения в социальной организации. Здравоохранение – популярная для обсуждения тема в человеческом общении. Интерес к нему чаще всего формируется и преломляется через индивидуальное восприятие благополучия в плане здоровья. Это своеобразный «внутренний голос» личности, обладающий доминирующей побудительной силой. Каждый человек, практически повседневно, по различным причинам «вспоминает» об этом социальном институте. В рамках государства он - один из важнейших гарантов социальной стабильности, функционирует от имени государства, находится круглосуточно в постоянной готовности к деятельности по предназначению. Реже – интуитивно, чаще – в связи с ощущением приближающегося/нарастающего неблагополучия в собственном здоровье, люди обращаются к медицинским работникам с целью решить для себя назревший вопрос.
- 6. *Целостность организма и здоровье*. Врачу не всегда легко определиться в характере нарушений в организме пациента. Трудно бывает их исправить восстановить норму до «предусмотренного» природой первоначального гармоничного состояния. Пациенты это воспринимают по-разному. Связывают, например, с душевной скупостью, невнимательностью врача, низким, с их точки зрения, его профессионализмом, недостаточной технической вооруженностью и пр. Может иметь место задействование разнообразия сопутствующих, индивидуально привносимых, по настроению, составляющих, например:

однобокость оценки ситуации пациентом при наличии разнообразия вариантов выбора; первоначальная уверенность в том, что здоровье — личное дело;

переоценка уровня собственного здоровья и своих ощущений, основанная на убеждении, что здоровье природой даровано на века;

беспечность (здоровье беречь необязательно, врач восстановит его в случае утери) и пр.

Жизнь часто разочаровывает, развенчивая такую уверенность. Результатом становятся срыв жизненных стереотипов, растерянность, утрата стабильности, попытки оправдать самого себя посредством поиска виноватых.

7. Жизненный потенциал и его стабильность. Здоровье - это индивидуально заложенный жизненный потенциал, который расходуется в течение всей жизни. Себя виноватым в потере здоровья, как правило, почти никто не считает. Устойчивым является убеждение, что врач обязан вернуть его в прежнее нормальное состояние. Скажем, такая вера в возможности медицины радует. Но это, в ряде случаев, переоценка. Врач, в большинстве своем, помогает организму задействовать его природный «арсенал» в борьбе за здоровье и жизнь. Без такого «союза» трудно рассчитывать на позитивный результат. Отсюда много неоправданных нареканий в адрес отрасли здравоохранения, преимущественно в лице ее основного представителя - врача первичного звена. При этом, уместно подчеркнуть, что в ряде государств на уровне ПМСП 80-90% населения начинают и завершают решение своих проблем со здоровьем.

8. «Едительность» пациента. Врачу необходимо учитывать, что не только он изучает своих пациентов, они с не меньшим вниманием изучают его. Профессор медицинского факультета Московского университета М.Я.Мудров (1776–1831) так сформулировал свои наблюдения в этом направлении: «...теперь ты излечил болезнь, знаешь больного, но помни, что и больной изучил тебя».

В повседневном труде врача по профилактике заболеваний и ликвидации нарушений здоровья не всегда и не каждому больному дано разглядеть его самоотдачу, сердечное отношение, в критической ситуации — высокий риск, подчас — героизм. Внешне его трудовые будни иногда воспринимаются как «серая» обыденность. Неизвестность и опасения за свое будущее у многих вызывают к нему настороженность, недоверие, страх. Пациенту, особенно когда он озабочен состоянием своего здоровья, не просто поверить в безопасность предстоящих мер лечебного воздействия, увидеть величие врача и, опосредованно, устойчивость и социальную мощь всей отрасли.

9. Общественное мнение – союзник врача. Для формирования позитивного общественного настроя на все необходимое и реализуемое для сохранения здоровья и жизни здравоохранению нужен просвещенный союзник. В таком статусе наиболее приемлем сам пациент (других просто нет), а в социальном измерении – весь народ, доверяющий в каждом конкретном случае «своему врачу» - потребитель его труда, свидетель и доброжелательный «судья». Отметим, верить в профессиональное мастерство врача проще и надежнее, когда стоишь на платформе совокупно сложившейся стабильной, беспристрастной оценки всего института врачевания. Результирующая польза складывается в «копилку доверия», пополняется ежедневным трудом врача согласно должностному предназначению, выступает как фактор формирования общественного здоровья - самого большого человеческого богатства.

Объективная реальность свидетельствует, что количество таких союзников с открытой душой и верой в сердце, к сожалению, убывает в динамике. Само общество становится нравственно все более разобщенным и, как следствие, менее защищенным. По воздействию на души людей доминирует экспансия экономического порядка.

В подтверждение этого факта, кратко остановимся на системе отношений по рассматриваемому вопросу в СССР («советское» время) и объявившей себя его правопреемницей Российской Федерации («постсоветское» время).

«Советское» время». Для примера сфокусируемся только на оптимистической стороне оценок - «доброго слова» в адрес врача тогда было больше. В стране доминировала единая государственная система здравоохранения, которая постепенно прирастала в своих возможностях, высоко котировалась среди населения. Радовались всему лучшему, что имелось и оптимально использовалось в деле предоставления медицинской помощи. С надеждой смотрели в завтрашний день. Население при встрече кланялось врачу: «Наш доктор!». Неудовлетворенности в его адрес высказывалось сравнительно мало. Высокий личный авторитет базировался на фундаменте открытости и доверия. Пациент был уверен, доктор – это культурный человек, высокообразованный профессионал, о болезнях и путях избавления от них он знает «все».

Несмотря на совокупность таких оценок деятельности, к концу XX в. наметилось «затухание» развития здравоохранения. Участковая служба стала самым слабым его звеном — здесь допускалось наибольшее число медицинских ошибок.

Болезненно проявился перекос в сторону узкой специализации. Уважительные в прошлом отношения с пациентом стали нервозными. Разрушение и последующая перемена устройства государства негативно отразились на состоянии здравоохранения, ускорив деструктивные процессы.

«Постсоветское» время (Россия). Прошло несколько десятилетий, развитие клинической медицины шагнуло далеко вперед. Бывшая монолитная единая государственная система охраны здоровья пополнилась за счет становления других организационных форм. Одновременно, в новом состоянии, она стала менее доступной, более дорогой и, что самое грустное и настораживающее на таком общем фоне, — менее уважаемой, обладающей меньшим доверием. Нечто подобное, в определенной части, можно «примерить» и к отечественному здравоохранению.

Определим приведенные выше заключения как своеобразную вступительную часть для последующих рассуждений. Исходными ориентирами для сравнения предусматриваются сложившееся состояние деятельности первичного звена (ПМСП) в Российской Федерации и соответствующие материалы по отдельным странам мира.

Предыстория ПМСП. Формирование структурных «компонентов», которые в нынешнем их раскладе объединены в организационную структуру — ПМСП, реализующую вид медицинской помощи с тем же названием, началось много веков назад, когда врачевание стало выделяться в самостоятельную форму деятельности. Со временем, параллельно с дифференциацией медицинской помощи совершенствовались критерии оценки ее результатов — качества медицинской помощи.

Обратимся к истории отечественной медицины периода Российской империи и Советского Союза. В третьей четверти XIX века в ряде регионов, в том числе в трех белорусских губерниях (Минской, Могилевской, Витебской) введена земская медицина (1864). Величайшим ее достижением считается создание участковой системы медицинского обслуживания сельского населения. Земская медицина сформировала тип врача-универсала, обладающего (по оценкам того времени) широким кругом знаний и практических навыков, способного лечить пациентов с различными заболеваниями, врача-организатора, по современной классификации - участкового врача общей практики. Нарком здравоохранения РСФСР Н.А.Семашко (в должности наркома 1918–1930) вспоминал, что в период своей работы в системе земской медицины, он приобрел большой жизненный и профессиональный опыт. Ему приходилось оказывать медицинскую помощь по четырем врачебным профилям: терапия, хирургия, акушерство, педиатрия. Писатель-врач М.А.Булгаков (1891–1940) описал успешное производство ампутации конечности в земской больнице. Это редкий случай для данного уровня медицинской помощи, но примечателен сам факт возможности подобного вмешательства в тех условиях.

Среди основных направлений деятельности земской медицины были профилактика заболеваний, борьба с эпидемиями. Работа земских врачей послужила толчком к появлению санитарноэпидемиологической службы, санитарного просвещения.

1917 год, в стране произошла смена власти, появилось новое государство с другой направленностью социально-экономической и политической жизни. В последующие десятилетия в СССР, по мере развития специализированных служб, здравоохранение все дальше отходило от потребностей населения. Постепенно участковый врач стал участковым терапевтом, не занимающимся другими, кроме терапевтических, заболеваниями и, по сути, не отвечающим за состояние здоровья пациента в целом. Он перестал удовлетворять потребности населения, не мог нести ответственность за организацию сбережения и укрепления его здоровья.

За рубежом также обострилась потребность в модернизации медицинской службы. Побудительным мотивом к поиску более совершенных форм предоставления медицинской помощи стали сформировавшиеся сложные и дорогостоящие системы здравоохранения со слабоориентированной социальной направленностью. На этом фоне — неоправданно высокая посещаемость, специализация приемов с их мощной материальной базой, удорожание медицинской помощи, и все это — без ощутимых результатов.

Со второй половины XX в. главной проблемой здравоохранения стал новый характер патологии – хронически протекающие болезни с их длительными последствиями (ВОЗ).

Совокупность перечисленных обстоятельств явилась поводом для поиска путей выхода из складывающейся ситуации. Общее решение проблемы сдерживания удорожания медицинской помощи, обеспечения ее доступности, увидели в развитии ПМСП.

Название первичная медико-санитарная помощь вошло в практику здравоохранения после проведения в 1978 г. в г. Алма-Ата (СССР) посвященной ей международной конференции [1]. В материалах конференции содержатся собира-

тельное определение вида медицинской помощи, а также организационный компонент ее предоставления. Уместно определиться, что чего-то кардинально нового в системе здравоохранения не появилось, речь преимущественно о смещении акцентов в организации медицинского обслуживания населения в сторону передового эшелона, разграничении форм деятельности, рационализации затрат, участии населения в сбережении здоровья.

ВОЗ дано следующее определение ПМСП: совокупность взаимосвязанных мероприятий медико-санитарного и лечебно-профилактического характера, реализуемых на уровне первичного контакта граждан с системой здравоохранения с учетом сложившихся и формируемых условий среды обитания и образа жизни и направленных на сохранение, восстановление и укрепление здоровья.

К сожалению, ни одна страна не достигла существенных результатов в развитии ПМСП. Такова констатация последующих форумов, посвященных соответственно 20-летию (1998), 30-летию (2008), 40-летию (2018) Алма-Атинской конфереции. Итогом состоявшихся встреч стало решение пока не пересматривать основные положения Алма-Атинской декларации. В очередной раз (2018) были подтверждены заложенные в ней принципы, подчеркнуто важное значение ПМСП для достижения общих целей в XXI веке.

Представим сложившиеся элементы социально-экономического фона в России с точки зрения их влияния на состояние и дальнейшее развитие здравоохранения, в частности, ПМСП. Большинство указанных ниже оценок и состояний пришло в практику медицинского обслуживания населения России, начиная с последнего десятилетия XX века (Ю.М.Комаров, 2017 [2]):

система здравоохранения переведена из социальной сферы в экономическую, скатывается к коммерциализации и рынку;

традиционное название медицинская помощь заменено рыночным — медицинские услуги по типу: продавец (врач) — покупатель (пациент);

в терминологический оборот введена рыночная атрибутика: медицинские услуги, оплата за пролеченного больного, гонорар за услугу, деньги следуют за пациентом и т.д.;

медицинские услуги и даже их совокупность не тождественны и не равноценны оказанию медицинской помощи — это механический упрощенческий подход и полное непонимание сути медицины и здравоохранения;

здоровье - не товар, его нельзя рассматри-

вать в рыночных категориях «спроса — предложения», оно не может быть предметом купли — продажи;

бесплатная медицинская помощь в стране замещается платной. Увеличение платности медицинской помощи ведет к снижению ее доступности;

ухудшились качество и доступность медицинской помощи в поликлиниках (65,1% респондентов):

в государственных поликлиниках отмечается недоброжелательное отношение к пациентам (55% респондентов);

90% граждан не удовлетворены состоянием медицинской помощи;

отдается предпочтение медицинской помощи в условиях стационара, в центрах высоких медицинских технологий;

самым слабым звеном здравоохранения является его передовой эшелон, здесь, в сравнении с другими уровнями, больше всего пациентов, меньше всего врачей (10%), финансирования, оснащения.

Эта констатация, разумеется, выборочная, направленность содержащейся информации, к сожалению, тревожно-негативная, демонстрирует сложность имеющей место в здравоохранении реальности. Образно, можно представить, что движение в избранном направлении находится только в начале пути. На таком фоне трудно определиться в наличии взаимосвязанных мероприятий для организации планомерной, удовлетворяющей население работы по обеспечению его доступным, качественным медицинским обслуживанием в зоне первого контакта с системой здравоохранения. Затруднены переход к ПМСП, ее становление и последующее планомерное развитие.

В большинстве стран мира до сих пор не сложилось стержневое представление об оптимальном для государства и общества построении и содержании здравоохранения. Вместе с тем, из мирового опыта известно, что ведущие проблемы охраны здоровья лежат именно в сфере ПМСП, от степени ее развития зависит здоровье и удовлетворенность пациентов, эффективность последующих уровней здравоохранения, целесообразность государственных затрат.

Собирательный формат ПМСП – результат обобщения ВОЗ, основывающегося на лучшем опыте ряда стран (Нидерланды, Великобритания, Испания, скандинавские страны и др.) – рекомендован в качестве примера для использования. Это совсем иная медико-социальная психология и более эффективная форма организации медицинской помощи. Основной фигурой на уровне передово-

го эшелона здравоохранения определен врач общей практики (ВОП).

Сложившейся результирующей тенденцией, согласно опыту, являются такие оценки/предложения [3–7]:

максимально приближенной к населению должна быть помощь общего типа; здесь целесообразно сосредоточить до 50% всех врачей, должны использоваться до 30% всех финансовых ресурсов;

низовым уровнем системы охраны здоровья является ПМСП, ориентированная не столько на первичный прием больных, а преимущественно на первичную заботу о здоровье;

задачи ПМСП:

«не допускать» пациентов, без прямых показаний, до дорогостоящих высоких медицинских технологий;

решать проблемы со здоровьем всех 100% пациентов в организациях ПМСП путем профилактики, раннего выявления, своевременного оздоровления;

добиваться на уровне ПМСП выздоровления до 85 (90) процентов пациентов.

Для получения ожидаемого эффекта данное звено здравоохранения подлежит существенной модернизации. Например, по подготовке и практической направленности деятельности врача, по его технической вооруженности и материальной оснащенности, по характеру и организации работы. При правильной организации ПМСП нагрузка на другие, более дорогие звенья медицинской помощи будет снижаться, параллельно возрастут результативность их использования, эффективность на фоне снижения затрат.

В ряде перечисленных выше, в порядке примера, стран накоплен определенный опыт организационно-методический деятельности ПМСП. Подчеркнем, на современном уровне он относится, преимущественно, к одной из главных функций – клинической.

Возьмем, в качестве примера направления, характер и порядок деятельности, устоявшиеся как принципы общей врачебной практики (ОВП) в некоторых из перечисленных выше стран.

Нидерланды:

ВОП/семейный врач, прежде всего, это менеджер здоровья человека;

врачи ОВП проходят лицензирование, практики – аккредитацию (проверяется наличие условий, необходимых для работы, библиотеки, учебной комнаты и пр.);

все жители и члены их семей застрахованы, занесены в список ВОП/семейного врача; минуя его, они не смогут получить медицинскую по-

мощь, за исключением экстренных случаев;

ориентация на семью, ВОП/семейный врач — это не одно и то же, но близкое по характеру деятельности, решаемым задачам — обеспечивает лечебно-профилактической помощью всю семью;

постоянная ответственность (правовая, моральная) ВОП/семейного врача за своего пациента, в том числе, когда тот находится в больнице;

ВОП сам отвозит пациента, направляемого в больницу на лечение; совместно с лечащим врачом намечает план наблюдения, обследования, лечения; участвует, при необходимости, в последующей их коррекции; согласовывает вопрос о выписке из стационара;

ПМСП всегда является первой врачебной помощью, частично квалифицированной терапевтической, первичной специализированной помощи быть не может;

расклад полномочий — только ВОП/семейный врач может направить пациента на консультацию к специалисту или на госпитализацию, что обеспечивает обоюдную пользу: для пациента в виде исключения необязательных консультаций и госпитализаций; для отрасли — сказывается рационализующим образом на числе узких специалистов;

развитие дневных и однодневных форм медицинского обслуживания;

на ВОП приходится 90% контактов пациентов с национальной системой здравоохранения. Если принять всех охватываемых помощью пациентов за 100%, то их движение под патронатом ОВП приобретает следующий расклад: 74% обращаются на прием, 18% удовлетворяются консультацией по телефону, 8% посещаются на дому;

оптимальное соотношение между врачами и медицинскими сестрами – 1:5;

развивается трансмуральная (в *Великобритании* — объединенная, в *США* — интегрированная) помощь, что заключается в организации непрерывного и интегрированного процесса оказания медицинской помощи: от дома к больнице и обратно до дома;

В Голландии до 30% родов принимаются акушеркой на дому. Возле дома дежурит машина скорой помощи. Акушерки ОВП выполняют ключевую роль в проведении профилактических мероприятий в дородовых консультациях. При благополучном прохождении родов, ВОП не привлекается к их приему; отдельными направлениями деятельности ВОП являются медицинские проблемы подростков, школьная медицина; круг обязанностей медицинской сестры общей практики включает: помощь врачу внутри ОВП, наблюдение за

хроническими больными на дому, деятельность по укреплению здоровья и профилактике, иммунизацию и др.; ВОП располагает компьютерной базой данных по своей практике, представляющей перечень медицинских сведений о пациентах, дополнительные сведения — о составе семьи, профессии, медицинской страховке и пр.; в компьютерной базе данных ВОП заложен перечень мероприятий медицинской помощи с прейскурантом; страховщики возмещают расходы врачей по специальным счетам, удостоверенным подписью пациента в подтверждение полученной им медицинской помощи.

Великобритания:

служба ОВП функционирует в виде индивидуальной и групповой практики: 65% всех ОВП состоят из двух и более врачей;

все ВОП частнопрактикующие, являются самостоятельными хозяйствующими субъектами, то есть субъектами права, работают на контракте с местными органами власти, поэтому входят в национальную систему здравоохранения;

каждый житель консультируется у своего ВОП в среднем 5–6 раз в год, в том числе, по средствам связи;

пациенты, располагая правом выбора ВОП, пользуются им крайне редко, в большинстве случаев выстраивают со своими врачами длительные доверительные отношения;

ВОП обеспечивают набор профилактической, диагностической и лечебной помощи пациентам в режиме круглосуточной доступности;

служба «передового района» играет ключевую роль в профилактике, оказании акушерской и психосоциальной помощи.

В Англии, одной из частей Соединенного Королевства, почти все ОВП включены в национальную систему здравоохранения, частных ОВП мало; треть врачей заняты в первичном звене здравоохранения; укомплектованность врачами 1,6 на 1000 населения, в сравнении — низкая, но недостатками в организации медицинского обслуживания это не сказывается; будущих ВОП учат взаимодействию с местными органами власти.

Скандинавская модель (Швеция, Финляндия, Дания, Норвегия, Исландия):

здравоохранение (Швеция) на 97% финансируется из бюджета;

ПМСП: 90% населения получают медицинскую помощь в специальных (сельских, городских) центрах здоровья. На помощь пожилым и инвалидам расходуется 23% всех средств здравоохранения; на медицинскую помощь в условиях стационара — менее половины расходов здравоохра-

нения:

стоматологическая помощь и лекарства в аптеках бесплатные для детей и подростков до 19 лет;

ОВП выведены из состава поликлиник;

поликлиники преобразованы в клинико-диагностические центры, оказывают амбулаторно-консультативную и лечебную квалифицированную и специализированную помощь.

Таким образом, общепринятая для большинства развитых стран позиция: здоровье человека не имеет рыночной стоимости; медицинская помощь не является товаром (услугой) и предметом торговли; из медицинской помощи нельзя извлекать прибыль.

Заключение

Лучшие результаты деятельности ПМСП достигнуты в странах с государственно-бюджетной моделью здравоохранения (Великобритания, Дания, Испания, Италия, Финляндия, Норвегия, Австралия, Канада, Швеция). В 2–3 раза они ниже в странах с системой медицинского страхования (Германия, Франция, Бельгия, Швейцария, США, Япония).

Не менее 60% объемов работ и затрат времени ОВП предусматривается на профилактическую и координирующую деятельность. Ее направление – поддержка постоянных контактов и взаимодействие с местными органами власти, активистами сельских советов, муниципальных образований в городских поселениях, социальной службой, скорой медицинской помощью, другими социальными службами. На долю чисто медицинской деятельности – 40% активности ВОП.

В идеале ВОП – специально подготовленный, независимый в своих действиях профессионал, человек идейный, обладающий своим личным «я», расположенный к общению. Отношение к пациенту должно быть таким, каким он хотел бы видеть его применительно к себе [8, 9]. В этом – основа для обратной волны понимания, благодарности, любви к своему доктору, социальной устойчивости всей системы охраны здоровья населения.

ЛИТЕРАТУРА

- Первичная медико-санитарная помощь: совместный доклад Генерального директора ВОЗ и Директора-исполнителя Детского фонда ООН на Международной конференции по первичной медико-санитарной помощи (Алма-Ата, СССР, 6–12 сентября 1978 г.). Женева, Нью-Йорк, 1978. 68 с.
- 2. *Комаров, Ю.М.* Мониторинг и первичная медикосанитарная помощь / Ю.М.Комаров. М.: Литтерра, 2017. 314 с.
- 3. Пилипцевич, Н.Н. Первичное звено современного

- здравоохранения: роль и место врача общей практики / Н.Н.Пилипцевич, Т.Н.Москвичева, Н.Е.Хейфец // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. 2006. №3. С.9–26.
- 4. *Стародубов, В.И.* Врач первичного звена в условиях реформирования системы здравоохранения / В.И.Стародубов, Ю.В.Михайлова, Ю.А.Коротков. М., 2002. 153 с.
- Воегта, W.G.W. Роль общей практики в первичной медико-санитарной помощи / W.G.W.Boerma, D.M.Fleming. – Копенгаген: ВОЗ, Европейское региональное бюро, 2001. – 182 с.
- Конгстведт, П.Р. Управление медицинской помощью. Практическое руководство. Пер. с англ. / П.Р.Конгстведт; под общ. ред. акад. О.П.Щепина. М.: Гэотар Медицина, 2000. 743 с.
- 7. *Коротков, Ю.А.* Общая врачебная практика в странах Западной Европы / Ю.А.Коротков, В.Е.Чернявский. М., 1999. 153 с.
- 8. *Леви*, *В*. Искусство быть собой / В.Леви. М.: Знание, 1977. 208 с.
- Вагнер, Е.А. О самовоспитании врача / Е.А.Вагнер, А.А.Росновский. – Пермь, 1976. – 156 с.

PRIMARY HEALTH CARE AND "MENTAL CONDITION" OF THE CURRENT TIME

N.N.Piliptsevich

Belarusian State Medical University, 83, Dzerzhinski Ave., 220116, Minsk, Republic of Belarus

Primary Health Care is effective professional activity of staffing structure, which is formed and

equipped according to its purposes and realize the type of medical care with the same name. The place of functioning is the area of primary contact between population and medical services. The main employee is general practitioner. His functions are organization and implementation of medical prevention, participation in social prevention, medical and health work, generally – primary care on patient's health. "Mental condition" is integrated component of society's mental state, promoting professional communication in system "physician - patient population" to preserve and promote individual and public health. According to the WHO's data, it is possible to solve health problems of 90% patients at the level of primary health care in the state-funded model of health care, and it is underlying rationale for subsequent modernization of health care system as a whole.

Keywords: primary health care; general practitioner; "physician – patient – population" relationship system.

Сведения об авторе:

Пилипцевич Николай Николаевич, д-р мед. наук, профессор; УО «Белорусский государственный медицинский университет», кафедра общественного здоровья и здравоохранения; тел.: (+37529) 6898780; e-mail: ozz@bsmu.by.

Поступила 12.09.2018 г.