DGOS

Генеральное управление
по оказанию
медицинской помощи

Direction générale
de l'offre de soins

Политика и организация первичного медицинского обслуживания

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DES SPORTS

Введение: понятие первичного медицинского обслуживания

- 3 задачи первой помощи :

1. **Вступление в систему здравоохранения** : диагностика, направление, лечение
2. **Наблюдение** за пациентом **и координирование его лечения**
3. **Связь с политикой в области здравоохранения** : профилактика, выявление заболеваний, терапевтическое образование, обучение в области здравоохранения

Задачи, которые в первую очередь осуществляются так называемыми специалистами «первичного звена»: терапевтами, фармацевтами, стоматологами, медсестрами и медбратьями, кинезиотерапевтами.
Эти задачи, впрочем, должны осуществляться всеми специалистами в области здравоохранения, это не прерогатива какой-то определенной категории практикующих врачей-специалистов.

Первая часть

Первичное медицинское обслуживание

- характеристики организации системы первичного медицинского обслуживания на сегодняшний день
- основные ограничения

Часть I

Организация системы первичного медицинского обслуживания на сегодняшний день

- **Первичное медицинское обслуживание обеспечивается в основном <u>частнопрактикующими</u> специалистами в области здравоохранения (представителями «либеральных профессий»)**
  - ✓ 61 200 частнопрактикующих врачей общей практики
  - ✓ 57 800 частнопрактикующих медсестер и медбратьев
  - ✓ 46 000 частнопрактикующих кинезиотерапевтов
- Медицинские центры имеют особый статус (подобный вид помощи остается достаточно второстепенным) **: специалисты, работающие в этих центрах, являются <u>штатными</u> сотрудниками.**

Организация системы первичного медицинского обслуживания на сегодняшний день

- **Частная практика врача характеризуется следующими признаками :**

1 – *Свободным выбором местонахождения кабинета*

2 – *Платой за конкретную услугу (что является основным источником доходов)*

- Уровень и варианты оплаты труда определяются в рамках соглашения между представителями частнопрактикующих врачей и органами медицинского страхования
- Уровень и варианты оплаты труда меняются : вводится заранее установленная фиксированная цена на услуги, плата врачу за успешное лечение пациента

Организация системы первичного медицинского обслуживания на сегодняшний день

Рамки практической деятельности : развитие групповой медицины

- Специалисты в области здравоохранения могут остановить свой выбор на работе в частном кабинете, индивидуальном или групповом (с одним или несколькими коллегами), а также в медицинских центрах («домах здоровья») (в составе многопрофильной команды) или в центрах здравоохранения.
- Во Франции групповая медицина еще недостаточно развита по сравнению с другими странами (хотя процесс развития групповой медицины во Франции ускоряется, **54%** врачей общей практики Франции работают в группе (в Швеции эта цифра составляет 97%, а в Великобритании 92%).
- Некоторые специалисты здравоохранения выбирают работу в штате и практикуют в медицинских центрах.

Некоторые ориентиры :

~ 235 действующих мед. центров (домов здоровья) (в июне 2012 года), т.е. 2% всех мед. услуг

~ 1 600 центров здравоохранения (из которых 300 многопрофильные), по данным Национальной межрегиональной информационной системы мед. страхования (SNIRAM)

Основные ограничения существующей системы

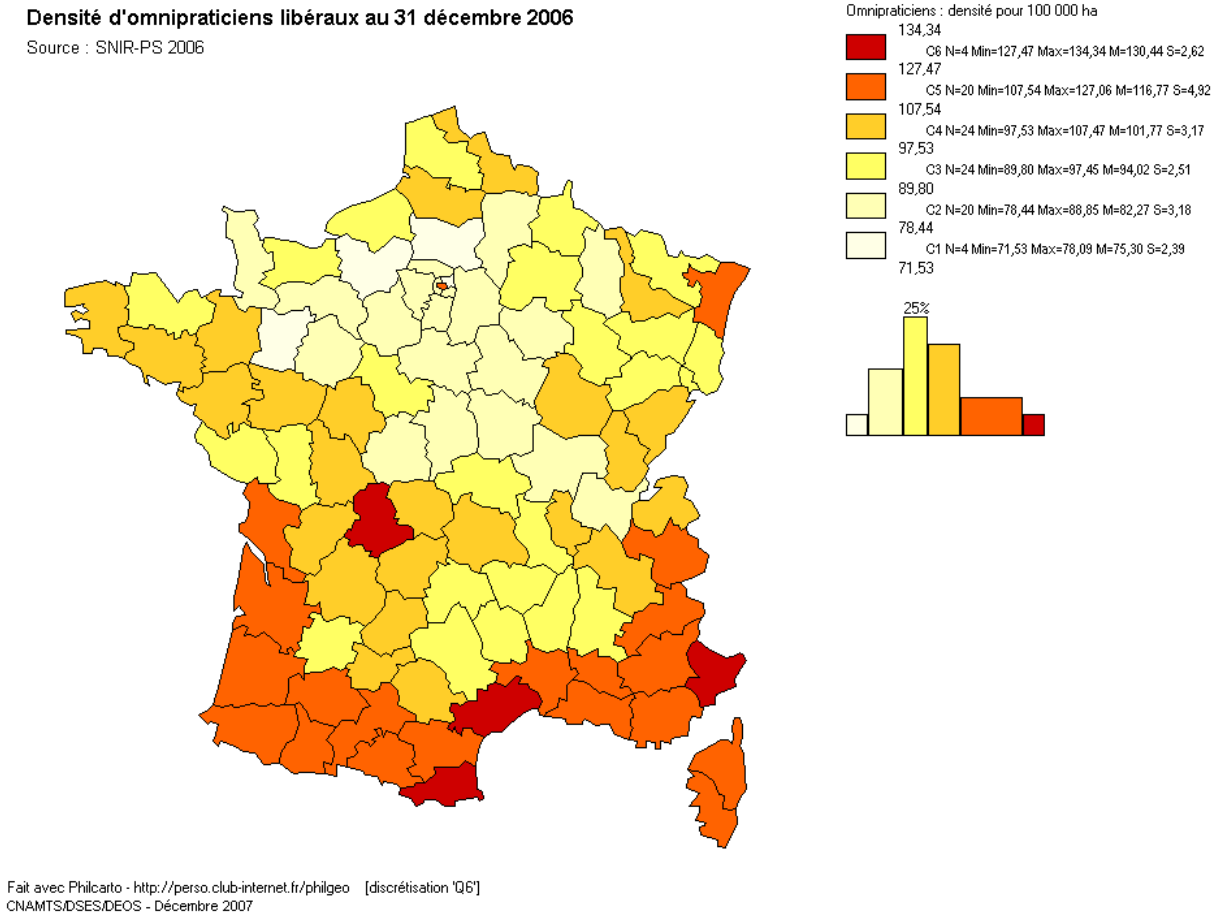
- **Неоднородное распределение специалистов здравоохранения**

несмотря на достаточно большое количество медицинских кадров, имеется неравенство в отношении доступа к медицинскому обслуживанию, которое объясняется неоднородным распределением специалистов здравоохранения по территории страны

- ✓ *Удельный вес частнопрактикующих врачей в регионах колеблется от 1 до 1,8 для всех врачей в целом, и от 1 до 1,5 для врачей общей практики (терапевтов)*
- ✓ *Неоднородность распределения врачей в регионах особенно касается представителей парамедицинских специальностей: от 1 до 2,7 для массажистов-кинезиотерапевтов и от 1 до 6 для частнопрактикующих медсестер и медбратьев.*

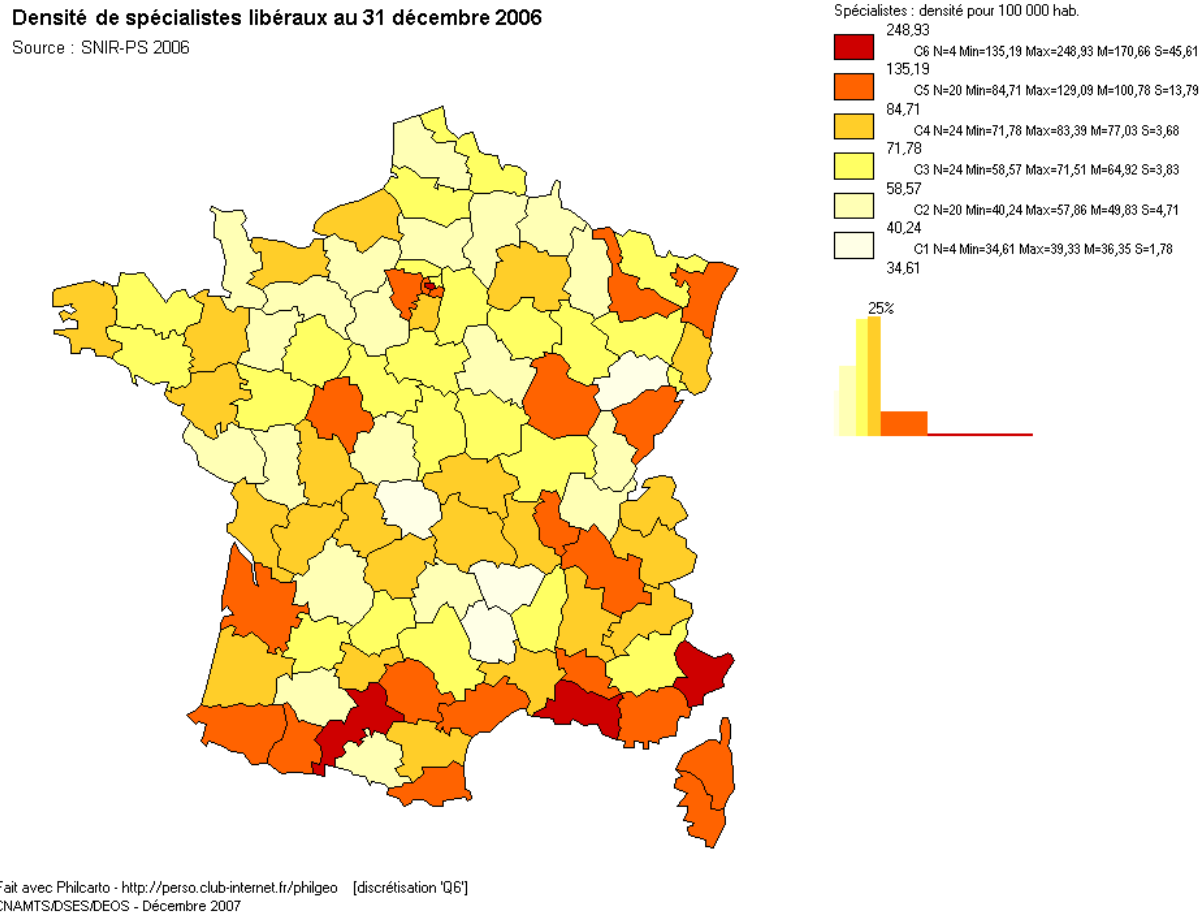
Несколько примеров…

Распределение врачей общей практики по территории страны на 31 декабря 2006 года



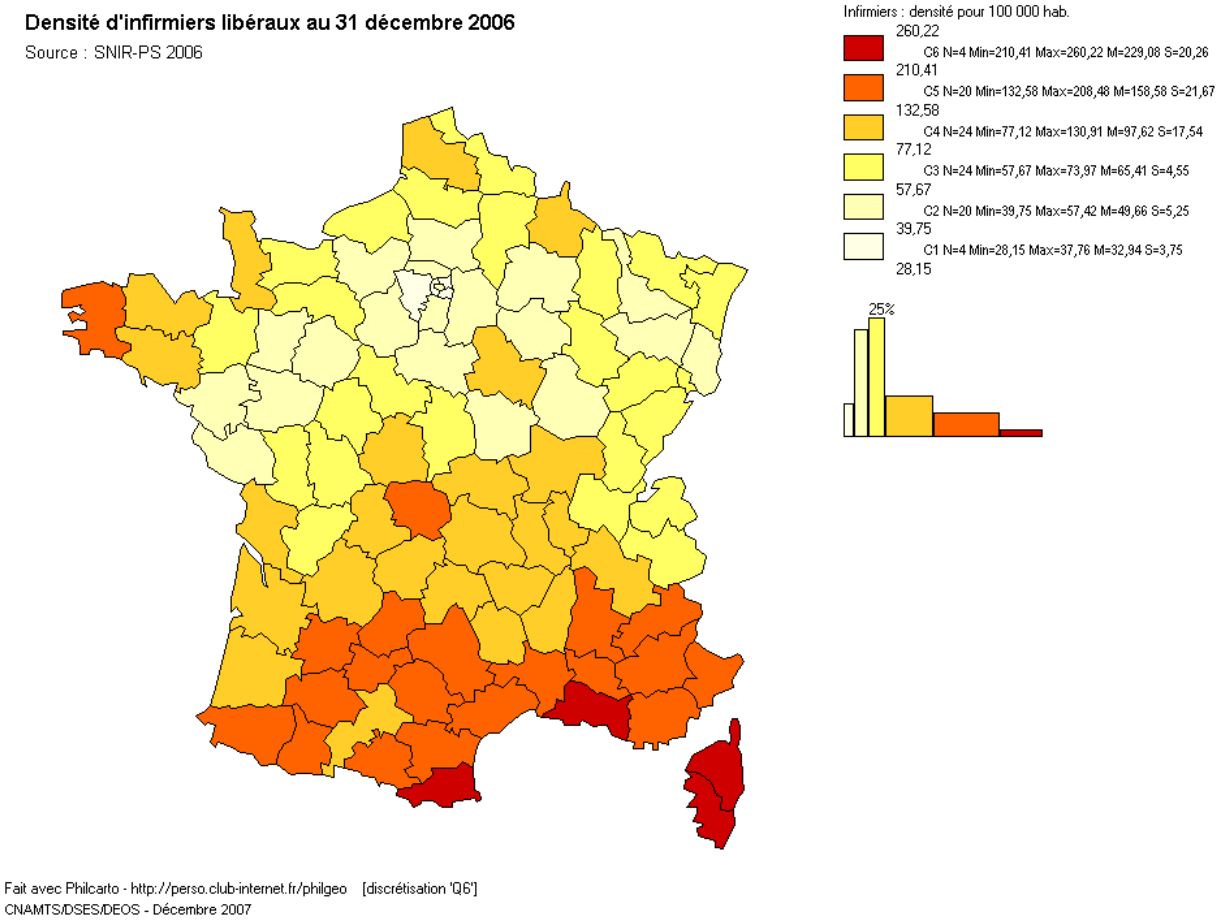
Несколько примеров…

Распределение частнопрактикующих врачей по территории страны на 31 декабря 2006 года



Несколько примеров…

Распределение частнопрактикующих медсестер и медбратьев по территории страны на 31 декабря 2006 года



Основные ограничения существующей системы

- **Недостаточная взаимосвязь между амбулаторным, больничным и медико-социальным сектором**

✓ особенно очевидна на некоторых этапах лечения пациента (поступление на госпитализацию и выписка из больничного учреждения) и для определенных пациентов,

✓ последствия, связанные с затратами (повторные анализы…) и с качеством обслуживания (осложнения, повторные госпитализации…)

- **Система оплаты, основанная на плате за конкретные услуги и мало адаптированная к потребностям населения**

- Потребности пациентов меняются в связи с ростом хронических патологий, условия медицинского обслуживания также меняются (объединение специалистов в области здравоохранения, усиление координации обслуживания, новые задачи стоящие перед специалистами), именно поэтому необходимо адаптировать и систему оплаты работы врачей.

Плата за конкретные услуги не требует от специалистов здравоохранения менять организацию своей работы и новой координации для улучшения качества обслуживания пациентов, потребности которых меняются (рост хронических патологий и старение населения)

Вторая часть

Основные направления современной политики в области первичного медицинского обслуживания

- развивать условия практической работы и варианты оплаты труда специалистов
- совершенствовать доступ к медицинскому обслуживанию

Цели и задачи

- Добиться глубинных изменений нашей системы здравоохранения, чтобы противостоять процессу роста хронических патологий и старения населения

✉ Задача состоит в выстраивании системы медицинского обслуживания вокруг пациента, в создании отработанных «маршрутных карт» лечения, в более активном привлечении пациентов к процессу лечения заболевания :

✉ консультирование местных медицинских команд для скоординированного сотрудничества между врачами и средним мед. персоналом (медсестрами и медбратьями)

✉обеспечение профилактических мероприятий и мед. образования

✉совершенствование координации с больничными и медико-социальными учреждениями. Это станет возможным благодаря внедрению командной оплаты труда (п-т 5 Пакта «Территория-здравоохранение»).

Гарантировать доступ к медицинскому обслуживанию с финансовой и географической точки зрения

Соглашение (пакт) « Территория-здравоохранение », декабрь 2012 года

- **Каковы цели соглашения ?**

Гарантировать доступ к качественному медицинскому обслуживанию по месту жительства

- **Каковы подходы ?**

Для улучшения доступа к медицинскому обслуживанию не прибегать к принудительным мерам (не действовать принудительно по отношению к частнопрактикующим врачам), а использовать стимулирующие меры :

- Политические меры, принятые до сих пор, недостаточно мобилизовали медицинскую общественность ;
- Принуждение может быть несправедливым, если будут наказываться выпускники вузов, выбравшие частную практику. Принуждение неэффективно, поскольку принудительные меры можно обойти.

Предлагать меры на основе анализа тех препятствий, которые мешают врачам организовать свою работу.

- **О каких территориях идет речь ?**

Так называемые «слабые» зоны, в которых неравномерное распределение врачей мешает доступу к медицинскому обслуживанию.

Соглашение (пакт) « Территория-здравоохранение », декабрь 2012 года

- **Каково содержание соглашения ?**

12 конкретных обязательств, изложенных на основе трех основных приоритетов

1/ ввести изменения в области обучения специалистов и способствовать организации работы молодых врачей
2/ изменить условия практической деятельности врачей благодаря организации коллективной работы, развитию телемедицины и ускорению процесса распространения знаний
3/ привлекать специальные инвестиции для удаленных территорий.

Одна из сильных сторон Соглашения (пакта) состоит в том, что каждая предложенная мера способствует укреплению остальных мер.
Кроме того, мобилизация всех действующих лиц (специалистов в области здравоохранения, депутатов, пациентов, региональных структур…) также является ключевым фактором успеха.