



ПРАВИТЕЛЬСТВО РЕСПУБЛИКИ БУРЯТИЯ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

от 6 октября 2009 г. № 380

О Концепции развития первичной медико-санитарной помощи в Республике Бурятия по принципу общей врачебной (семейной) практики до 2017 года

В целях гарантированного обеспечения прав граждан, проживающих в Республике Бурятия, на охрану здоровья и медицинскую помощь, повышения экономической устойчивости и эффективности деятельности учреждений здравоохранения Правительство Республики Бурятия **постановляет**:

1. Одобрить Концепцию развития первичной медико-санитарной помощи в Республике Бурятия по принципу общей врачебной (семейной) практики до 2017 года (приложение № 1, далее - Концепция).

2. Утвердить план мероприятий по реализации Концепции развития первичной медико-санитарной помощи в Республике Бурятия по принципу общей врачебной (семейной) практики до 2017 года (приложение № 2, далее - План мероприятий).

3. Министерству здравоохранения Республики Бурятия (Кожевников В.В.) обеспечить реализацию Плана мероприятий.

4. Рекомендовать главам муниципальных образований в Республике Бурятия принять участие в реализации Концепции и разработать планы мероприятий по ее реализации.

5. Контроль за исполнением настоящего постановления возложить на Контрольный комитет Президента и Правительства Республики Бурятия (Мещеряков С.А.).

6. Настоящее постановление вступает в силу со дня его официального опубликования.

**Исполняющий обязанности Председателя
Правительства Республики Бурятия**



А.А.Фоменко

**Концепция
развития первичной медико-санитарной помощи
в Республике Бурятия по принципу общей врачебной
(семейной) практики до 2017 года**

I. Содержание проблемы и обоснование необходимости ее решения

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рассматривает первичную медико-санитарную помощь (ПМСП) в качестве одного из ведущих инструментов достижения целей стратегии охраны здоровья населения.

В результате происходящих в стране экономических и социальных процессов существующая амбулаторно-поликлиническая служба системы здравоохранения оказалась не в состоянии обеспечить население доступной и квалифицированной медицинской помощью на уровне первичного звена, на этапе которого начинают и заканчивают обследование и лечение до 80 % населения, обращающегося за медицинской помощью. Стали очевидными недостатки ее организации.

Существенные диспропорции в объемах финансирования амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи (соответственно, 20-30 % и 70-80 % всех расходов на здравоохранение) ограничивают возможность развития материально-технической базы и внедрения современных ресурсосберегающих технологий оказания медицинской помощи на до- и послегоспитальном этапах и приводят к расширению показаний к стационарному лечению, удорожанию медицинской помощи.

При развитии узкой специализации на догоспитальном этапе участковый врач не является координатором лечебно-профилактической работы на своем участке, не обеспечивает постоянный контроль за состоянием пациента и его семьи и фактически не несет ответственности за объем и качество оказываемой помощи. У него уменьшился объем и спектр профилактических и лечебно-диагностических услуг, стали преобладать диспетчерские функции: частота направлений амбулаторных больных на консультации к узким специалистам достигла 40-50 % (в западных странах - 10-12 %). Затруднена преемственность в наблюдении за пациентами по возрастному и половому признакам при наличии хронических заболеваний: связь между педиатрами, акушерами-гинекологами и терапевтами не всегда адекватна.

Концепцией развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации, одобренной постановлением Правительства

Российской Федерации от 05.11.1997 г. № 1387, определено, что основными направлениями в совершенствовании организации оказания медицинской помощи является усиление ее первичного звена при ведущей роли в ее развитии общей врачебной (семейной) практики с одновременным проведением реорганизации стационарной помощи и перераспределением части объемов помощи из стационарного сектора в амбулаторный, развертыванием в амбулаторно-поликлинических учреждениях дневных стационаров и стационаров на дому, консультативно-диагностических комплексов, центров амбулаторной хирургии и медико-социальной помощи, отделений медико-социальной реабилитации и терапии и т.д.

В Республике Бурятия общая врачебная (семейная) практика начала формироваться с 1993 года. Накоплен некоторый опыт работы в этом направлении. За этот период подготовлено 117 врачей общей практики, 144 медицинские сестры врача общей практики, открыто 66 амбулаторий общей врачебной (семейной) практики. Но на этих должностях в настоящее время работает лишь 81 врач.

Анализ деятельности службы общей врачебной (семейной) практики позволяет говорить о медицинской, социальной и экономической эффективности. Уровень рождаемости среди населения, обслуживаемого врачами общей (семейной) практики, составил 18,5 на 1000 населения (по Республике Бурятия - 16,0), общей смертности - 11,7 (по Республике Бурятия - 13,4), младенческой смертности - 7,1 промилле (по Республике Бурятия - 8,7). Врачами общей практики не допущены случаи материнской смертности. Показатели уровня госпитализации в стационары и числа вызовов скорой помощи среди населения, обслуживаемого врачами общей (семейной) практики, почти в 2 раза ниже среднереспубликанских и составили соответственно 11,1 на 100 жителей и 0,178 на 1 жителя.

Переход к общей врачебной практике сдерживается:

- недостатком финансовых ресурсов. В настоящее время себестоимость медицинских услуг, оказанных лечебными учреждениями, не соответствует утвержденному тарифу;
- несовершенством системы профессиональной подготовки кадров. В медицинских учебных заведениях Российской Федерации до сих пор не создан надлежащий педагогический корпус для подготовки семейных врачей;
- отсутствием подготовленных кадров, стандартов ведения больных и критериев оценки качества деятельности врача общей практики;
- недостаточно разработанной правовой и финансовой базой и информационной поддержкой;
- слабой материально-технической базой муниципальных учреждений здравоохранения.

II. Стратегические цели и задачи развития первичной медико-санитарной помощи в Республике Бурятия по принципу общей врачебной (семейной) практики до 2017 года

Основной целью Концепции является сохранение и улучшение здоровья населения в Республике Бурятия.

Достижение цели Концепции предполагает решение ряда задач:

- обеспечение доступности, комплексности, экономической эффективности медицинского обслуживания населения Республики Бурятия;
- совершенствование материально-технической и организационно-методической базы первичного звена здравоохранения;
- увеличение объемов медицинской помощи на до- и послегоспитальном этапах;
- развитие комплексной системы профессиональной подготовки и переподготовки, повышения квалификации кадров для общей врачебной (семейной) практики;
- создание системы управления качеством медицинской помощи;
- создание и апробация системы информационного обеспечения общей врачебной практики.

Необходимо отметить, что реформа первичного звена здравоохранения должна осуществляться в виде последовательного постепенного перехода на систему общей врачебной (семейной) практики, с сохранением накопленного потенциала здравоохранения, без коренной ломки действующей сети лечебно-профилактических учреждений и с максимальным использованием их мощностей.

III. Реформирование первичной медико-санитарной помощи

Стратегическое направление реформы ПМСП в Республике Бурятия - формирование общих врачебных практик и одновременно изменение функций большинства служб поликлиники и схем их взаимодействия.

Создание системы общей врачебной практики осуществляется на основе действующей системы оказания первичной медицинской помощи. В амбулаторно-поликлинических учреждениях необходимо постепенно организовывать ПМСП по принципу врача общей (семейной) практики.

В сельской местности актуально развитие индивидуальной семейной врачебной практики.

В городских населенных пунктах предпочтительнее организовывать отделения групповой общей врачебной практики, где с врачом общей практики взаимодействуют при необходимости педиатр, акушер-гинеколог. В отдельных случаях, особенно в отдаленных микрорайонах, следует организовывать семейные врачебные практики.

Опыт работы врачей общей практики показывает, что они осуществляют более трети объема специализированной помощи, соответственно уменьшая число направлений на консультации и повышая удовлетворение потребности пациентов в отдельных видах специализированной помощи.

Основным принципом финансирования общеврачебной практики в республике предполагается подушевое финансирование на условиях частичного фондодержания, которое стимулирует расширение объемов медицинской помощи на данном уровне и повышает ответственность за здоровье прикрепленного населения. При этом устанавливаются индивидуальные показатели деятельности врача общей практики, достижение которых предполагает дополнительное материальное стимулирование.

Вследствие этого реформирование первичной амбулаторно-поликлинической помощи направлено на реформирование первичного звена, в том числе развертывание в амбулаторно-поликлинических учреждениях консультативно-диагностических комплексов, дневных стационаров, центров амбулаторной хирургии и медико-социальной помощи. Эффективную помощь врачам общей практики может оказать организация на базе поликлиники отделения медицинской помощи на дому, которое освободит службу скорой медицинской помощи от несвойственных ей функций (более 50 % всех вызовов составляют обращения по поводу обострения хронических заболеваний).

Помощь на селе должна быть дифференцирована в зависимости от компактности проживания сельского населения, величины населенных пунктов, транспортной доступности до районных центров.

1. Основные мероприятия по реализации Концепции

Основные мероприятия по реализации Концепции включают:

- разработку и внедрение современных организационно-экономических моделей предоставления ПМСП с учетом демографических показателей, уровня развития социальной инфраструктуры, наличия специалистов соответствующей квалификации;
- совершенствование нормативно-правового обеспечения системы общей врачебной (семейной) практики;
- совершенствование системы подготовки, переподготовки и повышения квалификации врачей общей практики и медицинских сестер общей врачебной практики;
- внедрение частичного фондодержания и стимулирующих методов оплаты ПМСП;
- разработку и внедрение стандартов оказания ПМСП;
- разработку и внедрение схем взаимодействия врачей общей (семейной) практики с узкими специалистами и стационарами;
- разработку и внедрение системы мониторинга видов, объемов и качества ПМСП.

Таким образом, формирование института общей врачебной практики следует сочетать с реформированием всей системы оказания медицинской помощи, прежде всего, амбулаторно-поликлинической помощи, при этом необходима взаимосвязь следующих процессов:

1.1. Формирование сети общих врачебных практик, действующих на основе внутренних договоров с поликлиниками, в составе которых они функционируют.

В рамках этого процесса важно:

а) обеспечить организационное и финансовое разделение врачей общей (семейной) практики и специалистов амбулаторного звена в амбулаторно-поликлиническом учреждении.

Это диктуется необходимостью:

- обеспечить реальную ответственность врачей общей (семейной) практики за состояние здоровья прикрепленного населения (прежде чем кооперироваться со специалистами, необходимо осознать свою ответственность);

- усовершенствовать методику определения размера оплаты труда врачей общей (семейной) практики (по сравнению с оплатой труда специалистов);

- повысить престиж врача общей (семейной) практики, сделав его не только равным партнером специалистов, но и держателем финансовых средств для последующего распределения в другие звенья оказания медицинской помощи;

б) создать условия для формирования института частнопрактикующего врача.

1.2. Реорганизация амбулаторно-поликлинических учреждений (далее – поликлиник) с образованием консультативно-диагностических и реабилитационных центров.

В поликлиниках работают консультанты-специалисты, концентрируются специализированные лаборатории, дорогостоящее диагностическое оборудование, отделения физиотерапии и реабилитации, предоставляется медико-социальная помощь населению.

Целью реорганизации является снижение нагрузки на врачей узких специальностей и на стационары.

2. Нормативно-правовая основа

Основными федеральными нормативными актами, обеспечивающими правовую основу деятельности врача общей практики (семейного врача), являются:

- Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан;

- Закон Российской Федерации от 28.06.1991 г. № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»;

- приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.08.1992 г. № 237 «О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)»;

- приказ Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации от 11.10.1994 г. № 201 «О внесении дополнений в

Инструктивно-методические указания по аттестации врачей-специалистов и в Перечень соответствия врачебных специальностей врачебным должностям для аттестации»;

- приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.11.2002 г. № 350 «О совершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи населению Российской Федерации»;

- приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.08.2003 г. № 402 «Об утверждении и введении в действие первичной медицинской документации врача общей практики (семейного врача)»;

- приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17.01.2005 г. № 84 «О порядке осуществления деятельности врача общей практики (семейного врача)»;

- приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 04.08.2006 г. № 584 «О порядке организации медицинского обслуживания населения по участковому принципу».

В Республике Бурятия было принято постановление Правительства Республики Бурятия от 27.12.2008 г. № 594 «Об утверждении Республиканской целевой программы «Развитие здравоохранения Республики Бурятия на 2009-2011 годы и на период до 2017 года».

3. Совершенствование кадровой политики и медицинского образования

Эффективное развитие системы здравоохранения в Республике Бурятия в значительной степени зависит от состояния профессионального уровня и качества подготовки, рационального размещения и эффективного использования медицинских и фармацевтических кадров (далее – кадры) как главного ресурса здравоохранения.

Основная цель кадровой политики в сфере здравоохранения на период до 2017 года состоит в развитии системы управления кадровым потенциалом, основанной на рациональном планировании подготовки и трудоустройства кадров, использовании современных образовательных технологий и эффективных управленческих и мотивационных механизмов, позволяющих обеспечить медицинские учреждения кадрами, способными на высоком профессиональном уровне решать задачи повышения качества медицинской и лекарственной помощи населению.

Реализация кадровой политики в здравоохранении будет осуществляться по трем взаимосвязанным направлениям:

- формирование оптимальной численности и структуры кадров;
- совершенствование дополнительной профессиональной подготовки кадров;
- управление кадровыми ресурсами здравоохранения.

Обеспечение дальнейшего развития комплексной системы формирования численности и структуры кадров, их рационального размещения и

эффективного использования должно соответствовать основным стратегическим направлениям развития здравоохранения Республики Бурятия.

Приоритетное развитие первичной медико-санитарной помощи с развитием института врача общей (семейной) практики, ориентация на расширение объемов внебольничной помощи населению, внедрение новых подходов к дифференцированной оплате труда медицинских работников требуют организации проведения мониторинга численности медицинских кадров по отдельным специальностям, углубленного учета их качественных признаков, формирования и ведения регистров отдельных категорий медицинских работников.

Продолжится сотрудничество с высшими медицинскими учебными заведениями по организации целевой подготовки кадров с высшим медицинским и фармацевтическим образованием для Республики Бурятия. При этом основное внимание будет обращено на отбор абитуриентов из числа профессионально ориентированных выпускников школ, на организацию медицинских классов в общеобразовательных школах.

Дальнейшее развитие получит целевая подготовка специалистов среднего звена на основе договоров, заключаемых между учреждениями здравоохранения и средними медицинскими учебными заведениями в Республике Бурятия.

Особенности обеспечения кадрами учреждений здравоохранения определяют необходимость формирования дополнительных механизмов по закреплению кадров на рабочих местах, развитию договорных отношений между работодателем и выпускниками высших и средних медицинских образовательных учреждений, а также специалистами, имеющими стаж работы по специальности.

Квалификационный уровень кадров, качество их профессиональной подготовки и переподготовки играет особую роль в условиях модернизации и структурного реформирования здравоохранения.

Необходима подготовка, переподготовка и повышение квалификации кадров с учетом структурной перестройки здравоохранения, его потребности в конкретных специалистах. Объемы последипломной подготовки кадров должны формироваться на основе соответствующих заказов органов и учреждений здравоохранения.

Основной задачей на предстоящий период является организация последипломной подготовки кадров для развития института врача общей (семейной) практики, предусмотренное в установленном порядке повышение квалификации участковых терапевтов, участковых педиатров, участковых медицинских сестер.

Стратегическим направлением реформирования системы оплаты труда в здравоохранении является подготовка к переходу на отраслевые системы оплаты труда, в основе построения которых - переход от сметного финансирования к финансированию по конечному результату.

4. Развитие материально-технической базы

Совершенствование отрасли здравоохранения Республики Бурятия осуществляется в период динамичного разграничения полномочий органов государственной власти и органов местного самоуправления по видам и объемам медицинской помощи населению, оказываемой в рамках программ государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи.

В период до 2017 года строительство и реконструкция объектов здравоохранения, техническое перевооружение учреждений здравоохранения планируется осуществить за счет средств:

- ежегодно предусматриваемых в республиканском бюджете;
- ассигнований, направляемых бюджетами муниципальных образований на здравоохранение;
- средств финансовой поддержки, направляемых из средств федерального бюджета в рамках реализации федеральных целевых программ и федеральной адресной инвестиционной программы.

Реализация задач по развитию и укреплению материально-технической базы учреждений здравоохранения будет осуществляться путем разработки и утверждения республиканских и муниципальных целевых программ в сфере здравоохранения.

5. Совершенствование системы оплаты ПМСП

Совершенствование системы оплаты труда медицинских работников в первую очередь первичного звена здравоохранения будет способствовать решению следующих приоритетных задач:

- реструктуризация здравоохранения, более эффективное использование ресурсов обязательного медицинского страхования;
- соответствие оплачиваемых объемов и структуры медицинской помощи финансовым ресурсам;
- стимулирование непрерывного повышения качества медицинской помощи.

Для реализации этих задач постановлением Правительства Республики Бурятия от 14.08.2007 г. № 258 утвержден План мероприятий по повышению качества услуг в сфере здравоохранения Республики Бурятия, внедрены:

- наиболее эффективные способы оплаты стационарной медицинской помощи (за конкретный объем медицинской помощи, оказанной медицинским учреждением, в соответствии с продолжительностью лечения по нозологическим формам, т.е. за пролеченных больных);
- перспективные способы оплаты амбулаторно-поликлинической медицинской помощи (подушевое финансирование амбулаторно-поликлинической помощи, позволяющее усилить профилактическую направленность деятельности медицинского учреждения, и в итоге удешевить медицинскую помощь);

- частичное фондодержание амбулаторно-поликлинических учреждений, имеющих прикрепленное население.

При оплате медицинской помощи, оказанной врачами общей (семейной) практики следует использовать:

- премирование врачей общей (семейной) практики за достижение установленных показателей качества их работы;
- подушевое финансирование на общий объем внебольничной помощи (частичное фондодержание), дополняемое премированием за достижение моделей конечных результатов.

IV. Механизм реализации Концепции

Реализация Концепции предполагает:

- координацию действий органов государственной власти Республики Бурятия и органов местного самоуправления, направленных на осуществление мероприятий по модернизации ПМСП;
- разработку и реализацию республиканских и муниципальных целевых программ, направленных на решение основных задач, сформулированных в Концепции.

V. Ожидаемые результаты реализации Концепции

Реализация мероприятий, предусмотренных Концепцией, позволит:

- совершенствовать систему государственных мер, способствующих развитию относительно малозатратной ПМСП;
- внедрить эффективную систему подготовки и усовершенствования специалистов в области общей врачебной (семейной) практики для работы в амбулаторно-поликлинических учреждениях нового типа, обладающих навыками и знаниями в смежных специальностях и способных расширить объемы и номенклатуру предоставляемых медицинских услуг;
- провести структурную реорганизацию амбулаторно-поликлинической помощи и усилить ее путем развития общей врачебной (семейной) практики;
- обеспечить ресурсосберегающую направленность амбулаторно-поликлинического звена здравоохранения, более рациональное использование финансовых и кадровых ресурсов;
- перераспределить часть объемов помощи из стационарного сектора в амбулаторный, повысить использование экономичных стационарозамещающих видов помощи и снизить неоправданное использование ресурсоемких видов помощи (стационарной и скорой);
- удовлетворить спрос населения на доступную и своевременную медико-санитарную помощь и повышение ее эффективности и качества (диагностики, лечебных и реабилитационных мероприятий) на до- и послегоспитальном этапах;
- создать систему управления качеством медицинской помощи;

- создать предпосылки для улучшения показателей состояния здоровья населения, снизить заболеваемость с временной утратой трудоспособности, первичный выход на инвалидность у работающих, обращаемость на станции скорой медицинской помощи и сократить уровень госпитализации и длительность госпитального этапа.

Утвержден постановлением
Правительства Республики Бурятия
от 06.10.2009 № 380

**План
мероприятий по реализации Концепции развития
первичной медико-санитарной помощи в Республике Бурятия
по принципу общей врачебной (семейной) практики до 2017 года**

№№ п/п	Наименование мероприятия	Ответственные исполнители	Сроки исполнения
1	2	3	4
1.	Подготовка врачей общей врачебной (семейной) практики	Минздрав РБ, органы местного самоуправления (по согласованию)	2009-2017 гг.
2.	Подготовка медицинских сестер врачей общей (семейной) практики	Минздрав РБ, органы местного самоуправления (по согласованию)	2009-2017 гг.
3.	Укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения:		
3.1.	Разработка проектно-сметной документации на строительство типового здания амбулатории врача общей (семейной) практики	Минздрав РБ	2009 г.
3.2.	Перевод врачебных амбулаторий в амбулатории врача общей (семейной) практики (строительство, реконструкция)	Минздрав РБ, органы местного самоуправления (по согласованию)	2009-2017 гг.
3.3.	Оснащение амбулаторий врача общей (семейной) практики медицинским оборудованием	Минздрав РБ, органы местного самоуправления (по согласованию)	2009-2017 гг.
3.4.	Оснащение амбулаторий врача общей (семейной) практики санитарным автотранспортом	Минздрав РБ, органы местного самоуправления (по согласованию)	2009-2017 гг.
4.	Информатизация амбулаторий врачей общей (семейной) практики		
4.1.	Разработка единого программного продукта	Минздрав РБ	2011 г.
4.2.	Создание автоматизированных рабочих мест врачей общей (семейной) практики	Минздрав РБ, органы местного самоуправления (по согласованию)	2011-2017 гг.

1	2	3	4
----------	----------	----------	----------

5.	Создание системы информационного обеспечения населения и медицинских работников по вопросам общей врачебной (семейной) практики (с использованием электронных и иных средств массовой информации)	Минздрав РБ	2009-2011 гг.
6.	Отработка системы частичного фондодержания врачей общей (семейной) практики в пилотных учреждениях здравоохранения с открытием субсчетов	Минздрав РБ, БТФ ОМС (по согласованию)	2009-2011 гг.