

Е. И. АКСЕНОВА, Н. Н. КАМЫНИНА, А. В. СТАРШИНIN, Ю. В. БУРКОВСКАЯ, А. С. ТИМОФЕЕВА

МОДЕЛИ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО- САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ



Государственное бюджетное учреждение города Москвы
«Научно-исследовательский институт организации
здравоохранения и медицинского менеджмента
Департамента здравоохранения города Москвы»

Е. И. Аксенова, Н. Н. Камынина, А. В. Старшинин,
Ю. В. Бурковская, А. С. Тимофеева

МОДЕЛИ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

МОНОГРАФИЯ

Научное электронное издание

Москва
ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»
2024

УДК 614.2

ББК 51.1

Рецензенты:

Гажева Анастасия Викторовна, кандидат медицинских наук, доцент, научный сотрудник отдела организации здравоохранения ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»;

Чумаков Александр Сергеевич, доктор медицинских наук, заместитель генерального директора ООО «Фирн М».

Авторы:

Е. И. Аксенова, Н. Н. Камынина, А. В. Старшинин, Ю. В. Бурковская, А. С. Тимофеева

Модели оказания первичной медико-санитарной помощи: монография [Электронный ресурс] / [Е. И. Аксенова и др.] – Электрон. текстовые дан. – М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2024. – URL: <https://niioz.ru/moskovskaya-meditsina/izdaniya-nii/monografii/> – Загл. с экрана. – 52 с.

ISBN 978-5-907805-43-9

Монография посвящена международному и российскому опыту оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению при хронических неинфекционных заболеваниях и профилактике заболеваний как одной из функций первичной медико-санитарной помощи.

Подробно описаны различные варианты модели лечения хронических заболеваний, в том числе: мультидисциплинарные, с использованием телездравоохранения (телемедицины) и проактивного динамического диспансерного наблюдения.

На примере зарубежных стран и отечественного опыта изучено применение моделей оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению при травмах, в условиях стационара на дому и населению детского и подросткового возраста.

Проанализирована практическая организация медицинского страхования и предоставления национальными системами здравоохранения программ скрининга и профилактических осмотров населения зарубежных стран и Российской Федерации.

Монография представляет интерес для специалистов в области организации здравоохранения, руководителей медицинских организаций, а также для студентов и научных работников, занимающихся вопросами организации здравоохранения и оказания первичной медико-санитарной помощи.

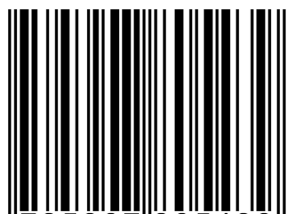
УДК 614.2
ББК 51.1

*Утверждено и рекомендовано к печати Научно-методическим советом ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»
(Протокол № 6 от 11 июня 2024 г.).*

Самостоятельное электронное издание сетевого распространения

Минимальные системные требования: браузер Internet Explorer/Safari и др.;
скорость подключения к Сети 1 МБ/с и выше.

ISBN 978-5-907805-43-9



9 785907 805439 >

© ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2024

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
Раздел 1. Модели оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению при хронических неинфекционных заболеваниях.....	5
1.1. Модель лечения хронических заболеваний.....	5
1.2. Мультидисциплинарная модель.....	7
1.3. Модель оказания первичной медико-санитарной помощи с помощью телездравоохранения (телемедицины).....	18
1.4. Модель проактивного динамического диспансерного наблюдения.....	20
Раздел 2. Модели оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению при травмах.....	22
2.1. Опыт Великобритании.....	22
2.2. Опыт США.....	23
2.3. Опыт Франции.....	24
2.4. Опыт России.....	25
Раздел 3. Модели оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению в условиях стационара на дому.....	26
3.1. Опыт США.....	26
3.2. Опыт Австралии.....	27
3.3. Опыт стран Евросоюза.....	28
3.4. Опыт России.....	30
Раздел 4. Модели оказания первичной медико-санитарной помощи населению детского и подросткового возраста.....	31
4.1. Опыт Великобритании.....	32
4.3. Опыт Италии.....	33
4.4. Опыт Австралии.....	35
4.4. Опыт США.....	35
4.5. Опыт России.....	36
Раздел 5. Профилактика заболеваний как одна из функций первичной медико-санитарной помощи.....	37
5.1. Опыт США.....	38
5.2. Опыт Великобритании.....	38
5.3. Опыт Германии.....	39
5.4. Опыт Японии.....	40
5.5. Опыт Южной Кореи.....	40
5.6. Опыт стран Латинской Америки.....	41
5.7. Опыт России.....	43
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	47
ЛИТЕРАТУРА.....	48

ВВЕДЕНИЕ

Системы оказания медицинской помощи, ориентированные на первичную медико-социальную помощь (ПМСП), необходимы для удовлетворения потребностей населения в области здравоохранения, и эффективная организация ПМСП имеет решающее значение для достижения этой цели [1]. По мнению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), системы здравоохранения, построенные на основе ПМСП, имеют основополагающее значение для обеспечения всеобщего охвата населения услугами здравоохранения¹.

ПМСП выполняет связующую роль между уровнем здоровья отдельных людей и совокупностью медицинских, социальных и экологических факторов, которые способствуют или препятствуют здоровью и выздоровлению. ПМСП предоставляет большую часть медицинской помощи. ПМСП служит мостом к целевому использованию специализированных услуг, которые делают лечение более эффективным и ограничивают его риски. ПМСП также может быть связующим звеном между общественным здравоохранением и социальными службами, которые поддерживают здоровье населения [2].

Надежная система ПМСП позволяет удовлетворить большинство потребностей населения в области здравоохранения, включая профилактику и лечение заболеваний, в том числе хронических, предоставлять основные медицинские услуги, такие как вакцинация, охрана репродуктивного здоровья, здоровья матерей, новорожденных и детей.

Потребности населения различаются в разных странах в целом и внутри них. Одна модель и объем оказываемой ПМСП не подходит для всех стран, в которых развита система оказания ПМСП. Контекстуализация и адаптация требуют отражения потребностей населения в обеспечении благополучия посредством приспособления современных инструментов управления здоровьем населения, подходов к установлению приоритетов, а также целенаправленного ухода, оптимизированного к конкретным людям.

Одним из вызовов для ПМСП являются хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ). Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года признает ХНИЗ в качестве серьезного вызова для устойчивого развития. По данным ВОЗ на 2023 г., ежегодно от ХНИЗ умирает 41 млн человек, что в совокупности составляет 74% всех случаев смерти в мире, а сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) остаются лидирующей причиной смертности уже 20 лет^{2,3}. ХНИЗ характеризуются медленным прогрессом и длительным течением, а также увеличивают риск инвалидизации, поэтому лечение хронических заболеваний требует множества стратегий с разных точек зрения и на различных уровнях, включая индивидуальный и страновой.

1 Primary health care. WHO. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>

2 ВОЗ публикует статистику о ведущих причинах смертности и инвалидности во всем мире за период 2000—2019 гг. URL: <https://www.who.int/ru/news/item/09-12-2020-who-reveals-leading-causes-of-death-and-disability-worldwide-2000-2019>

3 Noncommunicable diseases. World Health Organization, 2023. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

РАЗДЕЛ 1. МОДЕЛИ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

ХНИЗ вызывают растущую обеспокоенность национальных правительств и общества во всем мире из-за высокого уровня заболеваемости и смертности. По данным ВОЗ, они являются основной причиной смертности во всем мире, на их долю приходится 86% смертности и 77% бремени болезней в европейских регионах ВОЗ [3–5]. Система ПМСП, как первая точка контакта пациента с системой здравоохранения, все чаще сталкивается с растущим уровнем заболеваемости ХНИЗ, особенно среди стареющего населения [6]. Чтобы справиться с бременем ХНИЗ, ВОЗ призвала к укреплению систем здравоохранения посредством ориентированной на человека ПМСП и всеобщего охвата услугами здравоохранения¹.

1.1. МОДЕЛЬ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Для ведения хронических заболеваний необходимы эффективные модели оказания медицинской помощи. Наиболее изученной моделью является «Модель лечения хронических заболеваний» (Chronic Care Model, CCM) [7].

Все больше стран внедряют программы ведения пациентов с хроническими заболеваниями CCM для оказания более эффективной и в то же время менее дорогостоящей медицинской помощи [8–9].

CCM – это распространенная форма модели оказания интегрированной помощи, предназначенной для улучшения результатов лечения пациентов с хроническим заболеванием. CCM была впервые разработана в 1998 г. Институтом МакКолла в США². В 2002 г. ВОЗ выпустила расширенную версию модели – Программу организации инновационной помощи при хронических заболеваниях (Innovative Care for Chronic Conditions), в которой больше внимания уделяется общественным и политическим аспектам улучшения оказания медицинской помощи при хронических заболеваниях. Другие схожие модели используются для руководства оказанием помощи при ХНИЗ в некоторых странах.

В США с момента возникновения CCM у модели были значительные преимущества по сравнению с традиционной моделью оказания ПМСП, в основном ориентированной на оказание неотложной помощи.

Очень немногие реализации CCM не зависят от типа хронического заболевания или нацелены на пациентов с множественными хроническими заболеваниями³.

1 World Health Organization 2022. Noncommunicable diseases progress monitor 2022. World Health Organization: Geneva; 2022. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240047761>

2 The Improving Chronic Illness Care Program. The chronic care model: improving chronic illness care. URL: http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_Chronic_Care_Model&s=2

3 PAHO. The Chronic Care Model. URL: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8502:2013-the-chronic-care-model&Itemid=0&lang=en#gsc.tab=0

Модель ССМ стала ответом на возникший вопрос о необходимости структурных изменений системы здравоохранения для удовлетворения потребностей пациентов с ХНИЗ. В 2009 г. появилась новая проблема в уходе за пациентами с полиморбидностью, которая затрагивала 3 из 4 американцев в возрасте 65 лет и старше.

Полиморбидность с биомедицинской точки зрения определяется как сочетание двух или более хронических долговременных состояний у человека, которые могут проявляться как комбинация состояний «физического и/или психического здоровья». Многофакторная этиология мультиморбидности часто усложняет управление медицинской помощью (больше, чем в случае отдельных заболеваний), что приводит к повышению уровня использования услуг и более высоким затратам для поставщиков как медицинских, так и социальных услуг.

Полиморбидность представляет собой проблему оказания медицинской помощи, требующую комплексного общесистемного подхода для удовлетворения потребностей как в клинической, так и в доклинической помощи. Это требует стратегических и оперативных изменений в системах лечения, основанных на моделях сотрудничества, которые обеспечивают целостную и ориентированную на человека помощь, необходимую для улучшения результатов ухода за этой категорией пациентов.

Решением проблемы стало создание так называемой «медицины минимально разрушительных последствий» (Minimally Disruptive Medicine, MDM). В основе MDM лежит пациентоориентированный подход, который направлен на достижение целей пациента в отношении жизни и здоровья, возлагая на его жизнь минимально возможное бремя лечения. Основным вкладом данной модели заключается в том, чтобы ориентировать здравоохранение на оптимизацию работы самого пациента в отношении собственного заболевания и поддерживать способность пациента выполнять ее.

MDM базируется на ССМ и направлена на устранение существующих недостатков ССМ. Предполагается, что ССМ применялась для множества отдельных хронических заболеваний. Однако сейчас появляется все больше доказательств того, что лечение каждого состояния по отдельности нецелесообразно, таким образом, возникает потребность в оказании комплексной ПМСП пациентам с полиморбидностью.

В MDM описывается выполнение задач охраны здоровья и самоухода для пациентов с полиморбидностью. Модель включает в себя самоконтроль пациента в отношении хронических заболеваний (чтение брошюр, соблюдение режима и плана лечения), привлечение других специалистов для помощи пациенту, например в посещении приемов, успешном соблюдении режима лечения, и непрерывную оценку результатов произведенных действий и принятых решений [10–11].

Модель продемонстрировала высокие результаты в лечении пациентов, страдающих диабетом. Реализация комплексной программы лечения диабета с использованием ССМ оказалась эффективной с точки зрения улучшения показателей здоровья нелегальных иммигрантов, страдающих диабетом, в бесплатной общественной клинике, не финансируемой из федерального бюджета. Результаты демонстрируют значительное улучшение уровня HbA1C, несмотря на такие препятствия для оказания медицинской помощи, как федеральный уровень бедности [12].

1.2. МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНАЯ МОДЕЛЬ

Сильная, ориентированная на сообщество ПМСП, которая отвечает потребностям и результатам улучшения здоровья пациентов, семей и сообществ в контексте всеобщего охвата услугами здравоохранения, требует мультидисциплинарной работы. Мультидисциплинарная команда может различаться по своему составу в разных системах здравоохранения, но в основном типовой набор участников состоит из врачей общей практики и медицинских сестер, а в более широкую команду входят физиотерапевты, трудотерапевты, акушерки, участковые фармацевты, стоматологи, помощник врача, социальные работники и ортопед. В некоторых организациях ПМСП также предлагаются услуги психологического консультирования. Этот спектр знаний требует соответствующей координации и организации для удовлетворения медицинских потребностей отдельных пациентов и сообщества, чтобы обеспечить ПМСП, интегрированную с другими услугами.

Для успешной работы мультидисциплинарных команд необходимо плотное сотрудничество между ее участниками. Каждый член команды привносит свой собственный опыт, навыки и компетенции, к которым они были подготовлены в ходе своего профессионального обучения. Крайне важно, чтобы набор навыков включал в себя собственные знания пациентов об их здоровье, диагнозе и состоянии.

Вовлечение пациентов и их участие в оказании медицинской помощи в настоящее время являются общепринятым и ожидаемым элементом набора навыков, особенно с учетом широкой доступности цифрового здравоохранения и социальных сетей, которые помогают пациентам развивать свои знания и принимать обоснованные решения [13].

Для преодоления настоящих проблем в борьбе с ХНИЗ в национальных системах здравоохранения осуществляется непрерывный поиск решений, и одним из предложений стало создание пациентоориентированной модели оказания населению ПМСП, где в процесс лечения вовлечены различные специалисты, которые формируют мультидисциплинарные команды. Цель мультидисциплинарной команды – обеспечение беспрепятственной координации оказываемой населению медицинской помощи, которая была бы адаптирована к потребностям пациента [14].

Командный подход для оказания населению ПМСП основан на применении интегрированной, так называемой комплексной помощи. Комплексное предоставление услуг часто требует сотрудничества между командами по ведению пациентов с различными заболеваниями или работы в разных дисциплинарных областях, поэтому многие страны внедряют в работу медицинских организаций мультидисциплинарные подходы [15].

Предоставлению комплексных медицинских услуг могут препятствовать трудности в управлении процессами, неясная финансовая ответственность и другие проблемы, связанные с системой здравоохранения, социально-экономической средой и культурой. По мнению зарубежных исследователей, именно смещение фокуса в сторону расширения мультидисциплинарного подхода в здравоохранении может стать решением проблем, возникающих при предоставлении пациентам комплексных медицинских услуг. Командная работа позволяет увеличить количество пациентов, за которыми наблюдает врач первичного звена здравоохранения, не снижая при этом качества оказываемых медицинских услуг [16–17].

Например, в США утверждена концепция «Медицинский дом, ориентированный на пациента» – Patient-Centered Medical Home (PCMH). PCMH. Это командная модель оказания комплексной непрерывной медицинской помощи пациенту под руководством поставщика медицинских услуг с целью достижения максимальных результатов для здоровья. В нее могут входить врачи, меди-

цинские сестры расширенной практики, помощники врачей, фармацевты, диетологи, социальные работники, педагоги и координаторы по уходу (рис. 1)⁴.

«Медицинский дом», ориентированный на пациента

Медицинское учреждение, оказывающее комплексный уход за пациентом

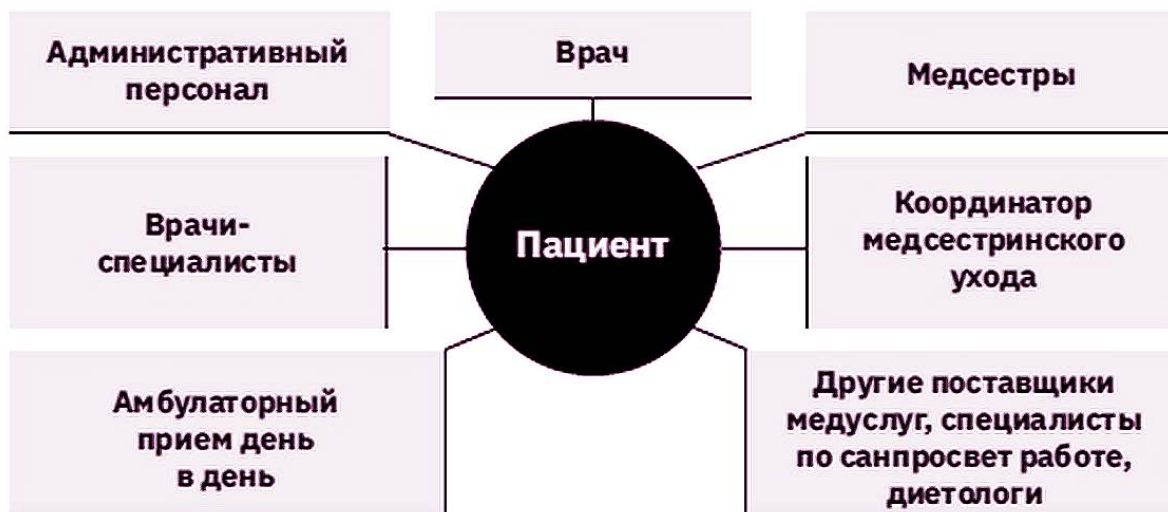


Рис. 1 – Участники команды «медицинского дома», ориентированного на пациента⁵

В мультидисциплинарной команде расширена роль медицинской сестры: дипломированные медицинские сестры – registered nurses (RN) консультируются и сотрудничают с участниками команды, вносят свой вклад в план лечения. RN может контролировать оказание помощи другим медицинским персоналом, например помощниками медицинских сестер, а также может проводить исследования для улучшения практики и результатов лечения пациентов.

Также отмечается автономия медицинских сестер и в оказании паллиативной помощи. Сестринская бригада паллиативной помощи на дому может быть самостоятельным поставщиком ПМСП или может совместно с другими поставщиками услуг управлять уходом за пациентом [18].

У каждого четвертого жителя США есть несколько (два или более) ХНИЗ, включая, например, бронхиальную астму, хронические респираторные заболевания, сахарный диабет и ССЗ. Особое значение среди распространенных на территории США ССЗ имеет артериальная гипертензия. По данным за 2018 г., распространенность артериальной гипертензии среди взрослого населения США составила 45,4%, а доля лиц, получающих фармакологическое лечение и контролирующую артериальную гипертензию, – 43,5% [19].

В связи с высокой заболеваемостью ХНИЗ Министерство здравоохранения и социальных служб США (US Department of Health and Human Services – HHS) разработало стратегическую основу для уменьшения растущей волны осложнений множественных хронических заболеваний в США, в которой изложены цели, задачи и стратегии по решению клинических задач в системе здраво-

4 Patient-Centered Medical Home (PCMH) Model. URL: https://www.cdc.gov/dhdsp/policy_resources/pcmh.htm

5 Patient-Centered Medical Home URL: <https://www.southcountyhealth.org/programs-services/primary-care-internal-familymedicine/patient-centered-medical-home>

охранения с целью улучшения здоровья населения, определив важность пациентоориентированного подхода [20].

Особенностью пациентоориентированного подхода в американском здравоохранении является мультидисциплинарная модель оказания медицинской помощи, в которую включен клинический фармаколог (фармацевт). Участие фармацевтов в командах может помочь решить проблему нехватки врачей первичного звена и специалистов, например кардиологов, одновременно способствуя безопасному использованию лекарственных средств и оптимизации терапевтических результатов. В качестве участников команды фармацевты могут обеспечить комплексное управление приемом препаратов (начало, внесение коррективов, сочетание с другими препаратами, принятие решения о прекращении приема лекарственных средств), обучение пациентов схемам приема лекарств [21].

Интересен американский опыт совместного ведения пациентов с хронической болезнью почек нефрологом и фармацевтом, где фармацевт заключает соглашение о совместном управлении лекарственной терапией с нефрологами, чтобы оптимизировать прием лекарств при болезненных состояниях, связанных с хронической болезнью почек, включая гипертонию и сахарный диабет. Такая практика позволяет нефрологам направлять постоянных пациентов к фармацевту для корректировки лечения [22].

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является третьей по значимости причиной смертности в США. С целью снижения количества госпитализаций (в том числе и повторных) пациентов с ХОБЛ в одной из клиник Западной Вирджинии была создана многопрофильная клиника, специализирующаяся на лечении ХОБЛ. В клинике пациентов ведет мультидисциплинарная команда, в которую входят такие специалисты, как медицинская сестра, фармацевт, клинический психолог, врач семейной медицины и диетолог.

Лечащий врач направляет пациентов в многопрофильную клинику, если их состояние соответствует одному из критериев: впервые установленный диагноз ХОБЛ (или астма); потребность в помощи при борьбе с табакокурением; недавняя (или повторная) госпитализация по поводу ХОБЛ, астмы, связанных с ними заболеваний легких или необходимость в консультации клинического фармаколога по поводу назначенных пациенту лекарственных средств.

План лечения определяется индивидуально. Пациенты посещают членов команды во время приема в следующем порядке: медицинская сестра, диетолог, психолог, фармацевт и врач семейной медицины. Между каждым взаимодействием с пациентом команда обсуждает промежуточные результаты лечения и рассматривает варианты управления стратегиями лечения. Прием пациентов всей командой длится примерно от 45 до 70 минут. В случае отсутствия осложнений заболевания или стабилизации текущего состояния пациента направляют обратно к своему лечащему врачу. Если возникает потребность в коррекции программы лечения, пациенту назначается повторный прием мультидисциплинарной командой через 4–6 недель. Фармацевт или медицинская сестра связываются с пациентом между запланированными по графику приемами по необходимости и в зависимости от конкретных потребностей пациента. По мере того как пациент проходит 2–3 последующих визита, команда оценивает, готов ли пациент вернуться к своему основному лечащему врачу для дальнейшей терапии или ему необходима консультация пульмонолога. Результаты демонстрируют эффективность применения мультидисциплинарного подхода к лечению ХОБЛ: у пациентов клиники наблюдалось меньше симптомов ХОБЛ, увеличилось количество отказов от табакокурения и снизился уровень употребления сигарет, количество госпитализаций сократилось на 50% [23].

В Великобритании с целью удовлетворения потребностей пациентов с хроническими заболеваниями создаются группы практик – сети первичной медико-санитарной помощи – Primary care networks (PCN). PCN основана на принципах мультидисциплинарного подхода, в команду входят врачи общей практики, медицинские сестры, фармацевты, координаторы по уходу, эрготерапевты, диетологи, парамедики, тренеры по здоровью и благополучию, социальные работники, физиотерапевты и помощники врачей, а также аналитики данных и администраторы (рис. 2)^{6,7,8}.



Рис. 2 – Участники команды PCN

Как и в США, медицинская сестра в команде играет важную роль. Одной из общепринятых категорий сестринского дела передового опыта является роль клинической медсестры-специалиста (CNS) [24–25]. Для разгрузки врачей общей практики (ВОП) в мультидисциплинарной команде работает специалист – клиническая медицинская сестра. Она способна дать квалифицированный совет, связанный с конкретным состоянием или лечением пациента; играет ключевую роль в его поддержке и является посредником между пациентом и лечащим врачом команды⁹.

В команде незаменимый участник – помощник врача. Помощники врачей, находящиеся в команде (медицинские работники с общим медицинским образованием, которые работают совместно с врачами), оказывают непосредственную поддержку ВОП. Они помогают распределять и лечить пациентов, а также посещают их на дому по мере необходимости. Такие специалисты осуществляют сбор анамнеза и проводят осмотр пациента, а также выполняют диагностические и лечеб-

6 Building a team with the skills to boost primary care in West Leeds Primary Care Network. URL: <https://www.england.nhs.uk/gp/case-studies/building-a-team/>

7 Patient Centered Medical Home Laws. URL: <https://lawatlas.org/datasets/patient-centered-medical-home-laws-2>

8 Building a team with the skills to boost primary care in West Leeds Primary Care Network. URL: <https://www.england.nhs.uk/gp/case-studies/building-a-team/>

9 Multidisciplinary team (MDT) URL: [https://www.kch.nhs.uk/Doc/pl%20-%20896.1%20-%20multidisciplinary%20team%20\(mdt\).pdf](https://www.kch.nhs.uk/Doc/pl%20-%20896.1%20-%20multidisciplinary%20team%20(mdt).pdf)

ные процедуры. Однако назначать лечение и выписывать лекарства помощники врачей не имеют права¹⁰.

Для повышения качества обслуживания пациентов во Франции и поддержки местных служб здравоохранения были созданы многопрофильные центры ПМСП, интегрированные в местную экосистему социальных и медицинских партнерств (MSP). Командная работа в MSP отличается наличием общего плана ухода, реализуемого профессионалами скоординированным образом (рис. 3)¹¹.



Рис. 3 – Участники команды MSP

ПМСП Испании считается одной из самых эффективных систем в Европе. Услуги ПМСП в Испании предоставляют мультидисциплинарные команды. Командная работа в Испании осуществляется путем обмена информацией между врачами и медицинскими сестрами. Руководит командой врач или медицинская сестра с высшим образованием из команды. Участники команды разделяют роли и обязанности, при этом медицинские сестры играют ключевую роль в профилактике заболеваний, укреплении здоровья и санитарном просвещении (рис. 4) [26–27].

¹⁰ Physician associates. URL: <https://www.nhsemployers.org/articles/physician-associates>

¹¹ France: Community partnership and transformation in multidisciplinary primary health care in France. WHO, 2021. URL: [https://www.who.int/switzerland/publications/m/item/france-community-partnership-and-transformation-in-multidisciplinary-primary-health-care-in-france-\(2021\)](https://www.who.int/switzerland/publications/m/item/france-community-partnership-and-transformation-in-multidisciplinary-primary-health-care-in-france-(2021))



Рис. 4 – Состав мультидисциплинарной команды для оказания ПМСП в Испании

Медицинские сестры являются «первым пунктом» оказания неотложной помощи, помогая в более 70% острых случаев. Они также расширяют возможности медицинского обслуживания, работая по специальностям семейного и общественного ухода¹².

Австралия много лет проводит реформирование системы здравоохранения, в основе которого лежит внедрение интегрированной модели медицинской помощи. В стране растет число крупных медицинских центров, которые предоставляют пациентам преимущественно интегрированную помощь в первичном звене, размещая разных поставщиков под одной крышей. В мультидисциплинарную команду в Новом Южном Уэльсе входят практикующие медицинские сестры (nurse practitioner – NP). К команде подключены также и участковые медицинские сестры (по месту жительства)¹³.

В Австралии работа мультидисциплинарной команды построена согласно модели лечения хронических заболеваний, при возникновении страхового случая пациенту автоматически назначается основная команда, состоящая как минимум из координатора по уходу, ВОП и врача-консультанта, а по мере необходимости и других практикующих врачей (например, из смежных медицинских учреждений, специализированных медицинских сестер). Состав мультидисциплинарной команды меняется в зависимости от случая¹⁴.

Казахстан, тоже с целью улучшения показателей в области здравоохранения и улучшения удовлетворенности населения оказанием медицинских услуг, перешел к созданию мультидисциплинарных команд в ПМСП¹⁵.

12 Multiprofile primary health care teams in Catalonia, Spain: A population-based effective model of services delivery. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/345705/WHO-EURO-2018-3318-43077-60291-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

13 Multidisciplinary Team Care. URL: <https://www.health.nsw.gov.au/healthone/Pages/multidisciplinary-team-care.aspx>

14 RACP feedback on Draft recommendations from the Primary Health Reform Steering Group: discussion paper. URL: https://www.racp.edu.au/docs/default-source/advocacy-library/racp-submission-to-the-primary-health-reform-steering-groupdiscussion.pdf?sfvrsn=2b83c21a_4.

15 Kazakhstan: Multidisciplinary teams for better alignment of primary health care services to meet the needs and expectations of people (2021). URL: [https://www.who.int/europe/publications/m/item/kazakhstan-multidisciplinary-teams-for-better-alignment-of-primary-health-care-services-to-meetthe-needs-and-expectations-of-people-\(2021\)](https://www.who.int/europe/publications/m/item/kazakhstan-multidisciplinary-teams-for-better-alignment-of-primary-health-care-services-to-meetthe-needs-and-expectations-of-people-(2021))

В зависимости от заболеваний, с которыми приходится работать мультидисциплинарным командам, их состав может меняться. Помимо врача-координатора, врача-специалиста и медицинской сестры, команды ПМСП включают в состав минимум одного социального работника и одного психолога на 10 000 жителей (рис. 5).

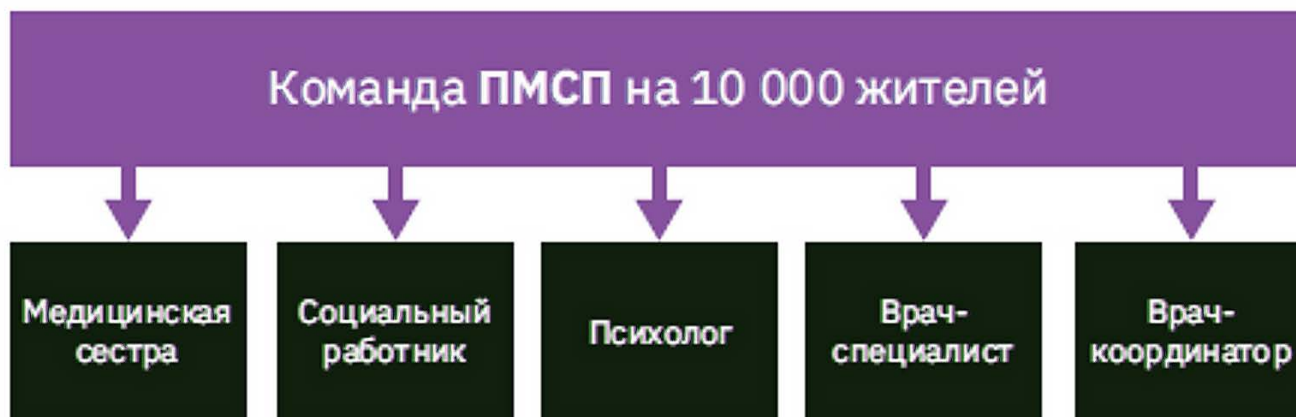


Рис. 5 – Участники команды ПМСП

В Канаде интегрированные медицинские услуги в ПМСП обеспечиваются с помощью межпрофессиональных групп ПМСП (interprofessional primary healthcare – IPHC). В Канаде несколько регионов внедрили модель ПМСП, основанную на мультидисциплинарных командах. В зависимости от региона команды различаются с точки зрения структуры, категорий поставщиков медицинской помощи, механизмов управления и финансирования, набора пациентов, объема услуг¹⁶.

Некоторые страны (Сингапур) внедряют мультидисциплинарные модели ведения пациентов с хроническими заболеваниями в связи с резким увеличением числа пациентов с полиморбидностью среди стареющего населения. Альтернативной моделью оказания помощи пациентам с полиморбидностью стали группы интегрированной помощи – мультидисциплинарные команды. В состав команды часто входят различные специалисты: координатор медицинского обслуживания, врачи общей практики и врачи-специалисты, медицинская сестра-клиницист, а фармацевты и социальные работники могут быть привлечены к работе по мере необходимости. Стратегии создания мультидисциплинарных бригад ориентированы на сотрудничество внутри команды, определение индивидуальных ролей и стандартизацию рабочих процедур.

Мультидисциплинарная модель оказания медицинской помощи была опробована в 2018 г. в поликлинике на востоке Сингапура. Гипотеза заключалась в том, что эта модель оказания медицинской помощи улучшит показатели здоровья и увеличит эффективность скрининга осложнений среди пациентов с полиморбидностью. Результаты апробации показали значительные улучшения в состоянии здоровья пациентов, получавших помощь с использованием модели мультидисциплинарных команд, по сравнению с группой пациентов, которым оказывалась помощь в рамках традиционной модели. У пациентов, которым оказывали помощь с использованием мультидисциплинарного подхода, наблюдалось улучшение показателей ЛПНП (липопротеины низкой плотности) и HbA1c (гликированный гемоглобин), что влияет на потенциальное снижение риска осложнений у пациентов, поскольку снижение уровня ЛПНП на 1 ммоль/л уменьшает риск

16 Interprofessional Primary Care Teams: A literature review of potential international best practices. URL: <https://www.cfpc.ca/CFPC/media/Resources/Health-Policy/HPGR-Evidence-Scan-EN-Sep-9-2022-final.pdf>

сердечно-сосудистых событий на 28%, а снижение HbA1c на 1% уменьшает вероятность развития заболеваний периферических сосудов на 43% и микрососудистых заболеваний – на 37% [28].

В Норвегии лечение и уход за пациентами с хроническими заболеваниями послужили основой для запуска Норвежским директором здравоохранения пилотного проекта для бригад ПМСП в 2018 г.

В 2018 г. была создана бригада ПМСП, состоящая из пяти врачей общей практики, шести медицинских сестер (одна из которых являлась медицинской сестрой – специалистом по диабету) и двух медицинских секретарей.

Согласно предложенной модели, все пациенты с диабетом 2-го типа приглашаются на ежегодный осмотр и чаще, по мере необходимости, в качестве альтернативы более тяжелым пациентам проводится визит на дом. Перед консультацией врач и медицинская сестра согласовывают план действий между собой. Во время консультации медицинская сестра-диабетолог выполняет практические процедуры в рамках обследования (измерение артериального давления, тест на мононити, направление на курсы обучения START и т. д.). Консультация длится 40–60 минут. Кроме того, медицинская сестра-диабетолог ежемесячно встречается с физиотерапевтом, эрготерапевтом и представителями местной организации сестринского дела. Отзывы бригад первичной медико-санитарной помощи в Норвегии показывают, что, когда за пациентом также наблюдает медицинская сестра, пользователи (пациенты) чувствуют себя в большей безопасности и обеспечивается большая преемственность в последующем наблюдении.

Как в бригадах ПМСП, так и в более крупных медицинских центрах прием на работу медицинской сестры, специализирующейся на лечении диабета, повысит качество обслуживания. Медицинская сестра-диабетолог обладает передовыми навыками лечения диабета и может помочь врачу в предоставлении адаптированного руководства, обучения и последующего наблюдения за пациентами (и их родственниками). Изменение образа жизни является ключевым элементом в лечении диабета. Медицинская сестра – специалист по диабету обладает знаниями и временем, чтобы помочь в предоставлении рекомендаций и, таким образом, может освободить время врача для других задач. Вместе они могут обеспечить соблюдение национальных рекомендаций и помочь в достижении целей лечения [29].

Анализ международных практик по формированию мультидисциплинарных команд специалистов в ПМСП позволил рассмотреть изменения, происходящие в зарубежных системах здравоохранения. Каждая из стран имеет свои уникальные особенности. В Москве, понимая, что организация качественной и доступной амбулаторной медицинской помощи возможна только в условиях работы мультидисциплинарных команд, в 2023 г. был разработан пилотный проект по организации командной работы в амбулатории в ТиНАО [30].

На протяжении многих лет ведущее место в структуре причин заболеваемости, инвалидности и смертности, особенно трудоспособного населения России, принадлежит болезням системы кровообращения (БСК). В столице с целью повышения качества оказываемой медицинской помощи пациентам с БСК, как и во всем мире, ведутся поиски организационных решений, направленных на снижение общей смертности и смертности от ССЗ, а также на профилактику развития повторных сердечно-сосудистых событий (ССС).

Так была изучена модель оказания помощи пациентам с ХНИЗ с применением мультидисциплинарного подхода в странах мира, в том числе пациентам, страдающим БСК. После рассмотрения текущей традиционной модели приема пациентов с ХНИЗ в системе ПМСП в России и в Москве, из зарубежного опыта было выделено несколько моделей, которые в дальнейшем легли в основу

общей мультидисциплинарной модели с типовым набором участников, характерным для многих организаций ПМСП в странах мира. В такую команду вошли: ВОП, медицинская сестра или помощник врача, врачи-специалисты, клинический фармаколог, социальный работник и психолог.

На основании проанализированных действующих нормативных документов в зарубежную модель внесли коррективы для ее возможной адаптации в московские поликлиники, сделав упор на проактивное диспансерное динамическое наблюдение¹⁷.

Для запуска пилотного проекта была выбрана апробационная площадка, создана рабочая группа. Площадкой для пилотного проекта стала амбулатория в поселке Курилово, построенная в 2021 г., входящая в состав больницы Кузнечики, поликлинические подразделения которой находятся друг от друга на значительном расстоянии. Поселок Курилово находится в Троицком административном округе Москвы, входит в состав поселения Щаповское. Пилотный проект ориентирован на улучшение доступности медицинских специалистов для населения Курилово, так как транспортная инфраструктура в поселке еще развивается: районный центр (Троицк) находится от поселка в 13 км, областной (Москва) – в 45 км. До ближайшей железнодорожной станции Подольск – 15 км, а время, которое занимает дорога, варьируется от тридцати минут до полутора часов на общественном транспорте.

В ходе реализации проекта проводилось исследование заболеваемости прикрепленного населения амбулатории Курилово, позволившее выявить, что среди пациентов с ХНИЗ преобладает заболеваемость артериальной гипертензией (АГ). Именно АГ стала одной из первых нозологий в пилотном проекте.

Для запуска модели были сформированы предложения по отбору участников; разработаны критерии привлечения врачей-специалистов для консультирования пациентов; смоделировано сопровождение мультидисциплинарной командой пациента; актуализирован паспорт участка; создан новый алгоритм маршрутизации. Также были разработаны методические рекомендации по сопровождению деятельности мультидисциплинарной команды.

До внедрения модели на площадке в 2023 г. работали: ВОП – на 0,6 ставки, 3 дня в неделю по 8 часов, по понедельникам, средам и пятницам; медицинская сестра – в дни приема ВОП на 0,6 ст.; врач УЗИ, кардиолог, невролог и эндокринолог – на 0,05 ст., один день в месяц по 8 часов, хирург – на 0,2 ст., один раз в неделю по 8 часов; офтальмолог, ЛОР и уролог – на 0,05 ст. Учитывая особенности графика работы специалистов, попасть к нужному врачу пациенту было проблематично в связи с длительным ожиданием приема. При этом отсутствовала обратная связь как между врачом-специалистом и ВОП, так и между врачом-специалистом и пациентом (рис. 6).

17 Приказ Департамента здравоохранения города Москвы № 1230 от 27.12.2022 «О системе проведения проактивного динамического наблюдения пациентов в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы».

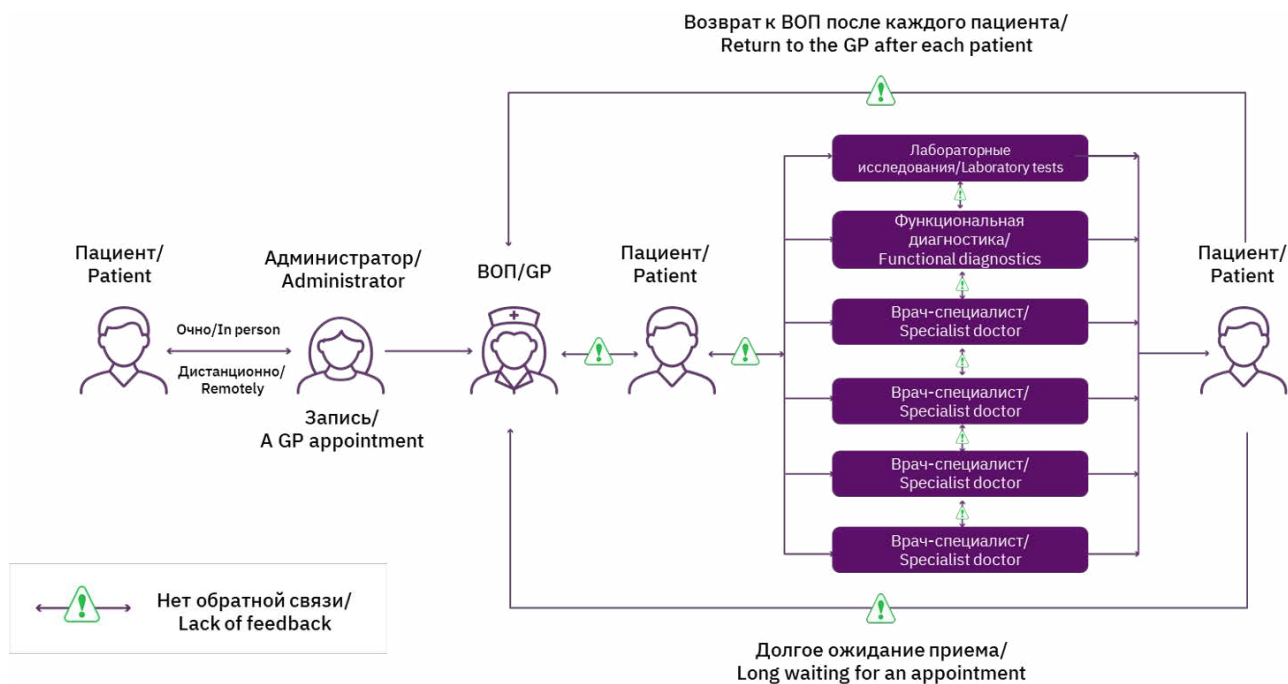


Рис. 6 – Традиционная модель приема пациента в амбулатории

Из предлагаемой модели, в связи с кадровой обстановкой на площадке, были исключены клинический фармаколог, социальный работник и медицинский психолог. Таким образом, в мультидисциплинарную команду вошли: врач общей практики (ВОП), помощник врача (медицинская сестра), врачи-специалисты (узкие специалисты). При необходимости состав команды может быть расширен.

Рабочей группой был разработан пакет документов (СОПы, методические рекомендации и т. д.) для регулирования работы мультидисциплинарной команды. Концепция новой модели заключалась в оптимизации процессов: пациенту достаточно обратиться к ВОП один раз при первичном посещении, а повторный прием состоится уже в дистанционном формате. Роль координатора процесса стала принадлежать ВОП, а сопровождение пациента на всех этапах процесса перешло к медицинской сестре.

Было принято решение расширить функционал медицинской сестры в связи с ее важной ролью в привлечении населения в поликлинику, актуализации паспорта участка, доврачебного приема. Этот функционал требовал дополнительного времени, которое бы не пересекалось с работой медицинской сестры на приеме с ВОП. Согласно приказу № 543н к участку ВОП прикрепляется 1200 человек¹⁸, а для охвата всего контингента медицинской сестре необходимо обзвонить не менее 100 человек в неделю.

В рамках пилотного проекта с целью оптимизации операционных процессов график сотрудников площадки был изменен: ВОП продолжал работать три раза в неделю, но с сокращением времени приема пациентов на час по понедельникам и пятницам для проведения дистанционных встреч ВОП и врачей-специалистов; медицинская сестра стала работать каждый день (в том числе и вести доврачебный прием), а доступ к врачам-специалистам (для ВОП) был предоставлен в течение всей рабочей недели (рис. 7).

¹⁸ Приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н (ред. от 21.02.2020) «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (зарегистрирован в Минюсте России 27.06.2012 № 24726).

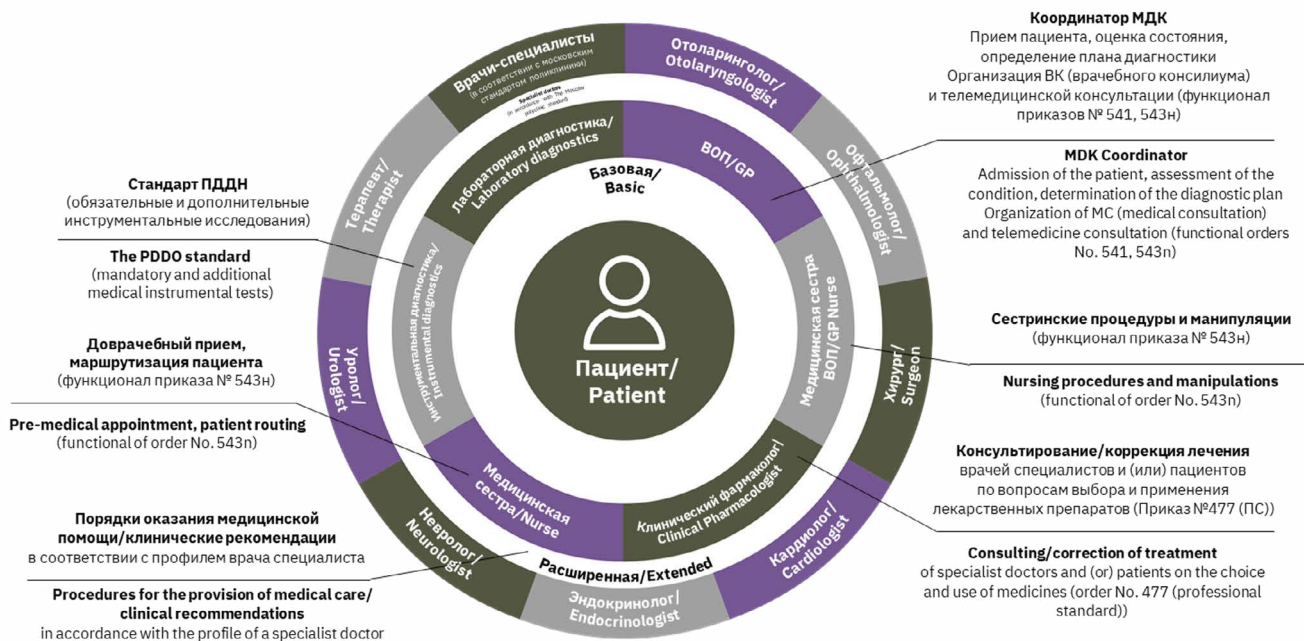


Рис. 7 – Новая модель работы в амбулатории, основанная на мультидисциплинарном подходе

Для увеличения доступности населению специалистов в новой модели коммуникации между участниками команды осуществляются дистанционно в форматах: дистанционная консультация («врач-врач»), заседание мультидисциплинарного комитета (ЗМДК), дистанционное информирование пациента («медицинская сестра-пациент»).

Дистанционная консультация является заочной консультацией ВОП с врачом-специалистом или пациентом посредством мессенджеров, видеосвязи, электронной почты, социальных сетей и специальных приложений или с помощью телефонной связи. ЗМДК представляет собой еженедельную расширенную консультацию ВОП с врачами-специалистами и руководителями медицинской организации. Дистанционное информирование пациента – заочное информирование пациента о результатах проведенных дистанционной консультации и ЗМДК, а также результатах изменений программы здоровья (программы диспансерного динамического наблюдения – ПДН).

Проведение дистанционных взаимодействий требует ресурсного обеспечения процессов: кадрового и материально-технического (автоматизированное рабочее место (АРМ), средства телефонной и видеоконференцсвязи и т. д.).

При проведении дистанционной консультации («врач-врач») необходимость консультации по тактике ведения пациента у врачей-специалистов устанавливает ВОП, и основаниями для проведения дистанционной консультации являются: необходимость уточнения диагноза; уточнение схемы обследования и лечения; уточнение (определение) дальнейшей тактики ведения пациента. Рекомендуемое время проведения консультации варьируется от 10 до 15 минут, после каждого рабочего дня ВОП или на следующий день, в зависимости от графика работы. После проведения дистанционной консультации медицинская сестра заполняет и подгружает в ЭМК пациента протокол о проведенной консультации.

В еженедельном ЗМДК принимают участие: руководитель медицинской организации (главный врач), заместители главного врача по направлениям деятельности, заведующие терапевтическими отделениями, ВОП (или врач-терапевт участковый), врачи-специалисты, медицинская сестра

врача общей практики (участковая медицинская сестра). Техническую поддержку осуществляет специалист по информационным технологиям медицинской организации. Необходимость проведения ЗМДК устанавливает ВОП, согласно основаниям: необходимость уточнения диагноза; уточнение схемы обследования и лечения; уточнение (определение) дальнейшей тактики ведения пациента. Рекомендуемое время проведения – 30–45 минут, один раз в неделю. После ЗМДК медицинская сестра заполняет и подгружает в ЭМК пациента протокол о проведенном собрании.

Дистанционное информирование пациента в формате «медицинская сестра-пациент» проводится с помощью телефонных коммуникаций между медицинской сестрой и пациентом, в ходе которых медицинская сестра информирует пациента о результатах проведенной дистанционной консультации между ВОП и врачом-специалистом, ЗМДК, изменениях в программе здоровья пациента. Алгоритм организации дистанционного информирования пациента в формате «медицинская сестра-пациент» строится на основании регламента речевого модуля.

Промежуточные результаты работы модели, достигнутые за 3 месяца, дали возможность повысить качество и эффективность оказания медицинской помощи, обеспечить комфортные условия для пациентов и специалистов, помогли реализовать комплексный и пациентоориентированный подходы. В 2023 г. в сравнении с данными за 2022 г.: охват прикрепленного населения медицинской помощью увеличился на 17%; пациентов принято в три раза больше (из них $\frac{1}{4}$ населения поселка Курилово впервые обратились к ВОП по месту жительства); среднее ожидание приема ВОП сократилось с семи дней до одного дня, а узких специалистов – с тридцати дней до трех, что соответствует Московскому стандарту поликлиник.

1.3. МОДЕЛЬ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ С ПОМОЩЬЮ ТЕЛЕЗДРАВООХРАНЕНИЯ (ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ)

Системы здравоохранения в разных странах различаются по своей структуре, финансированию и результатам. Этим различиям способствуют такие факторы, как социально-экономический статус, политические рамки и культурное разнообразие. Например, в США нет универсальной системы здравоохранения, и большинство жителей США получают медицинскую страховку через своих работодателей.

Такие страны, как Канада и Великобритания, имеют универсальные системы здравоохранения, финансируемые государством. Япония, Республика Корея, Сингапур, Объединенные Арабские Эмираты, Австралия и Новая Зеландия – предоставляют медицинскую помощь почти всем жителям, при этом население оплачивает некоторые расходы на здравоохранение из собственных средств. Экономическая глобализация также сыграла свою роль, приведя к коммерциализации медицинских услуг и ослаблению национальных систем здравоохранения, особенно в странах с низкими доходами.

Гипертония стала основной причиной ССЗ и ранней смертности во всем мире. В 2019 г. было обнаружено, что около 1,28 млрд взрослых в возрасте 30–79 лет во всем мире страдают гипертонией, причем большинство (две трети) проживают в странах со средним и низким уровнем дохода.

Ожидается, что рост заболеваемости гипертонией продолжится. Следовательно, гипертонию следует выявлять на ранней стадии и правильно лечить посредством обучения и лечения. Управлять этим можно с помощью телемедицины.

Телездравоохранение позволило сделать медицинские услуги доступнее. Телездравоохранение становится наиболее широко используемой технологией лечения таких заболеваний, как гипертония, в организациях ПМСП. Телездравоохранение при лечении гипертонии на уровне ПМСП предполагает использование телекоммуникационных технологий для мониторинга и управления артериальным давлением, а также дистанционного предоставления медицинских консультаций.

Телездравоохранение может сделать медицинскую помощь доступней для жителей с гипертонией в сельской местности. Более того, это может быть приемлемым инструментом при использовании телемедицины для диагностики и мониторинга гипертонии среди пациентов. Кроме того, телемониторинг артериального давления полезен как для скрининга и диагностики гипертонии, так и для ведения пациентов, страдающих гипертонией. Аналогичным образом электронное здравоохранение поддерживает создание сети между медицинскими работниками для скрининга, лечения гипертонии и связанных с ней сопутствующих заболеваний, а также для эффективной профилактики ССЗ.

Технологии телездравоохранения в низкодходных странах отличаются от технологий в высокодоходных странах по нескольким причинам. Во-первых, в странах с низким доходом наблюдается нехватка ресурсов в системе здравоохранения, что приводит к проблемам с внедрением услуг электронного здравоохранения. Кроме того, уровень развития каждой страны и стремление ее правительства предоставлять доступные медицинские услуги играют важную роль в определении успеха моделей электронного здравоохранения. Асимметрия между медицинскими центрами, больницами и пациентами создает проблему для полного внедрения технологий телездравоохранения в низкодходных странах. С другой стороны, в высокодоходных странах услуги телездравоохранения внедряются медленно, причем их внедрение носит частичный и разовый характер.

Телездравоохранение может повлиять на характер медицинских услуг и качество предоставляемых пациенту медицинских услуг. Поставщики медицинских услуг широко внедрили дистанционный мониторинг пациентов, чтобы снизить уровень госпитализации и ведения заболеваний. Телездравоохранение потенциально может реформировать и трансформировать отрасль за счет снижения затрат и повышения качества, доступа и удовлетворенности пациентов. Телездравоохранение хорошо подходит для поддержки пациентов с хроническими, сложными или сопутствующими заболеваниями, включая гипертонию. В нескольких предыдущих исследованиях сообщалось о том, что телездравоохранение может оказать положительное влияние на лечение гипертонии в первичной медико-санитарной помощи.

По мнению зарубежных исследователей, телездравоохранение продемонстрировало преимущества в лечении гипертонии в системе ПМСП. Оно потенциально может снизить барьеры для доступа к медицинской помощи и улучшить клинические результаты. Телемедицинские вмешательства использовались для лечения пациентов с гипертонией, сердечной недостаточностью и инсультом, при этом в большинстве вмешательств использовался командный подход к лечению.

Пациенты, использующие телездравоохранение, наблюдали значительные улучшения клинических результатов, таких как контроль артериального давления, которые сопоставимы с пациентами, получающими индивидуальную помощь. Телездравоохранение также может поддерживать оказание медицинской помощи с помощью мультидисциплинарных команд, приносить пользу пациентам и медицинским работникам, расширяя возможности для общения, взаимодействия и мониторинга за пределами клинических условий [31].

В Швеции развитие ПМСП характеризуется сильным акцентом на цифровую трансформацию и ее вклад в совершенствование предоставления услуг. Как и в других странах, в течение последнего десятилетия в шведскую систему ПМСП постепенно внедрялись цифровые платформы для общения между поставщиком и пациентом. Исследования сообщают о разных результатах, которые включают расширение доступа к услугам для тех, кто ими пользуется (особенно для тех, кто получает лечение непрерывно).

Другие исследования показывают, что цифровые консультации в первую очередь привлекают состоятельных людей, а также родителей, нуждающихся в уходе за своими детьми. Исследования, посвященные контролю за работой, спросу и поддержке врачей, подводят к выводу, что медицинские навыки находятся под угрозой, если обслуживание основано исключительно на электронных консультациях, что предполагает интеграцию с традиционными клиническими услугами для повышения ценности.

Внедрение цифровых платформ требует настройки новых процедур. Фактические данные указывают на растущий риск нарушения рабочего процесса и на то, что новые действия отнимают больше времени у медицинских работников, а не меньше; в качестве альтернативы рабочая нагрузка просто переносится на других сотрудников, и потенциальный прирост эффективности теряется. Наконец, врачи общей практики, использующие дистанционное общение между поставщиком услуг и пациентом в специальном чате, обнаружили, что самоописание истории болезни пациента повышает безопасность пациентов. Более комплексная оценка могла бы гарантировать, что дальнейшее распространение не приведет к ненужным затратам и сопротивлению со стороны медицинского персонала, ставя под угрозу критические организационные реформы в сфере ПМСП.

ВОЗ выделяет несколько аспектов качества медицинских услуг: результативность, доступ, ориентация на пациента, справедливость и безопасность. Эти аспекты обеспечивают полезную основу для оценки инноваций в электронном здравоохранении, комплексно выдвигая на передний план аспекты качества с целью повышения качества повседневных услуг.

Результаты шведских исследователей показали, что цифровые платформы для общения между пациентами и поставщиками услуг могут способствовать повышению качества существующих методов работы в сфере ПМСП, но также возник ряд факторов, которые ставят под угрозу как доступность, эффективность, так и безопасность пациентов, которые необходимо учитывать. Ожидания от цифровых инноваций высоки, но неспособность более точно определить, где электронные консультации способствуют повышению качества, увеличивает риск их потери [32].

1.4. МОДЕЛЬ ПРОАКТИВНОГО ДИНАМИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Комплексный уход и лечение широко признаны ключевой инициативой в улучшении предоставления медицинских и социальных услуг пожилым людям.

Интересен опыт Нидерландов по применению подхода поиска и последующего наблюдения за пожилыми людьми (Finding and Follow-up of Frail older persons – FFF), он состоит из проактивного выявления немощных пожилых людей в сообществе и последующих многопрофильных (включая специалистов с гериатрическим опытом) консультаций и индивидуального последующего наблюдения, координируемых менеджерами по работе с пациентами. Интегрированный уход и лечение широко признаны ключевой инициативой в улучшении ухода и поддержки для пожилых людей.

Кроме того, интегрированные подходы к уходу, такие как программа FFF, могут помочь поддерживать благополучие пожилых людей. Произошел сдвиг от модели лечения, ориентированной на заболевание, к более проактивному и интегрированному подходу.

По сравнению с системами ПМСП во многих странах Европы система ПМСП в Нидерландах очень развита. В оказании ПМСП в Нидерландах участвует множество различных поставщиков (медицинских услуг), включая врачей общей практики (ВОП), психологов ПМСП и физиотерапевтов. Врачи общей практики играют центральную роль в секторе здравоохранения и выполняют функцию контроля, подразумевая, что направление обычно необходимо для доступа к большинству больничных и специализированных услуг. Каждый пациент регистрируется у ВОП по своему выбору, обычно расположенного по месту жительства. Врачи общей практики обычно являются первым контактом пациентов с системой здравоохранения, и большинство первых встреч происходит после возникновения медицинской проблемы. В целом врачи общей практики в Нидерландах считаются сторонниками «невмешательства», что приводит к относительно низкому уровню выписывания рецептов и направлений. По сравнению с врачами общей практики в других европейских странах голландские врачи общей практики предоставляют своим пациентам широкий спектр медицинских услуг.

Сотрудничество между врачами общей практики и практикующими медицинскими сестрами – стандартная модель. Примером медицинской службы под руководством медицинской сестры является оказание помощи при диабете в организациях ПМСП. При уходе за ослабленными пожилыми людьми, проживающими в сообществе, врачи общей практики могут консультироваться с врачами по уходу за пожилыми людьми, имеющими опыт в гериатрической медицине. Однако системе ПМСП не хватает достаточной координации и преемственности (со специализированной помощью), она оказывается фрагментированным образом.

Однако результаты экономической оценки показали, что проактивная, комплексная помощь для немощных пожилых людей, проживающих в сообществе, как это предусмотрено в программе FFF, скорее всего, не является экономически эффективной инициативой по сравнению с обычной ПМСП помощью в Нидерландах [33].

В Москве одной из ключевых функций любой поликлиники является диспансерное наблюдение людей с хроническими заболеваниями. Необходимо правильно организовать их сопровождение и наблюдение, что особенно важно для тех, кто страдает серьезнейшими заболеваниями, которые вносят наибольший вклад в структуру смертности.

В столице России особое внимание уделено работе с пациентами, страдающими ХНИЗ. Проект проактивного динамического диспансерного наблюдения (ПДДН) включает в себя приглашение пациентов на обследования, информирование о необходимых визитах, приемах, ведении дневника здоровья. Диспансерное наблюдение доступно пациентам, страдающим заболеваниями, которые вносят наибольший вклад в структуру смертности. Каждый пациент получает индивидуальную программу наблюдения, в которую входят плановые приемы, исследования и консультации узких специалистов, при необходимости – дополнительные анализы и приемы врачей [34].

РАЗДЕЛ 2. МОДЕЛИ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ ПРИ ТРАВМАХ

В последние десятилетия в связи со стремительным развитием научно-технического прогресса и автомобилестроения во всем мире возрастает уровень смертности и инвалидизации от травм. Во всем мире около 50 миллионов человек в год остаются инвалидами после травмы. Наиболее уязвимым контингентом в отношении травматизма являются мужчины трудоспособного возраста. Уровень смертности от травм достигает пика в 30–39 лет. Мужчины гибнут от травм в 2 раза чаще, чем женщины, при этом в возрастной группе 20–29 лет в 5,7 раза, а 30–39 лет – в 5,9 раза [35].

Из общего числа травмированных лиц на догоспитальном этапе погибает 56,1%.

Глобальное бремя травматизма обратно пропорционально доходу, поэтому неудивительно, что страны с низким и средним уровнем дохода (СНСД) страдают от наибольшего объема травм. В Африке сообщается о 38 на 1000 лет жизни с поправкой на инвалидность по сравнению с мировым показателем 27 на 1000. Проблема усугубляется отсутствием реабилитационных учреждений. Часто, даже когда эти услуги существуют, стоимость или неадекватный и неквалифицированный персонал затрудняют доступ. После травматического повреждения раннее обращение в больницу необычно, а диагностическая визуализация остается редкой, что ухудшает прогноз в странах с низким и средним уровнем дохода. Основная цель этого обзора – выявить текущие проблемы и решения, связанные с оказанием травматологической помощи, в странах с низким и средним уровнем дохода. Были выявлены три широко определенных проблемные области с травматологической помощью в странах с низким и средним уровнем дохода. К ним относятся инфраструктура, образование и практические оперативные меры, которые оцениваются индивидуально [36].

В медицинских организациях в настоящее время общемировым трендом является создание мультидисциплинарных команд, в состав которых обязательно входят: врач – анестезиолог-реаниматолог протившоковой палаты; врач-хирург; врач-травматолог; врач-нейрохирург. Осмотр специалистами мультидисциплинарной команды проводится немедленно после поступления пострадавшего в протившоковую палату. В случае необходимости к работе бригады привлекаются другие профильные дежурные врачи.

2.1. ОПЫТ ВЕЛИКОБРИТАНИИ

В Великобритании аналогом травматологических пунктов, в частности в Англии, служат центры неотложной помощи (Urgent treatment centres – UTC)¹. Центры открыты не менее 12 часов в день, работают ежедневно. UTC оказывают неотложную помощь населению в случае, если ситуация не представляет угрозы для жизни пациента. В центры пациенты обращаются, как правило, для получения помощи «день в день».

¹ NHS. UTC. URL: <https://www.england.nhs.uk/urgent-emergency-care/urgent-treatment-centres/>

В центрах оказывают медицинскую помощь при: травмах, боли в желудке, рвоте и диарее, кожных инфекциях и сыпи, высокой температуре у детей и взрослых, нарушениях психического здоровья.

Наряду с центрами неотложной помощи, работают отделения малой травматологии и центры скорой медицинской помощи. Эти службы могут оказать помощь обратившимся с теми же проблемами, что и в UTC, но не все они имеют равные возможности².

Концепция региональных сетей организаций, оказывающих травматологическую помощь, была разработана для повышения качества оказания помощи пациентам, которые получили тяжелые травмы. Тяжесть травмы классифицируется с использованием Шкалы тяжести травмы (Injury Severity Score – (ISS): травмам различных областей тела присваивают оценку по сокращенной шкале, а значения трех областей тела с наивысшими общими баллами возводятся в квадрат и суммируются.

Британская травматологическая сеть работает по схеме, состоящей из всех необходимых звеньев оказания травматологической помощи, от догоспитальной до реабилитации. В ее функции входит оказание помощи при травмах в пределах определенного географического региона, включая догоспитальную помощь, «центр тяжелых травм», все другие больницы, куда поступают пациенты с острыми травмами (в «травматологические отделения»), и региональные реабилитационные службы.

Взаимодействие между догоспитальными службами и местными травматологическими службами осуществляется посредством принятия решения уполномоченным сотрудником догоспитальной помощи о том, требуется ли пациенту помощь в крупном травматологическом центре (рис. 8) [37].

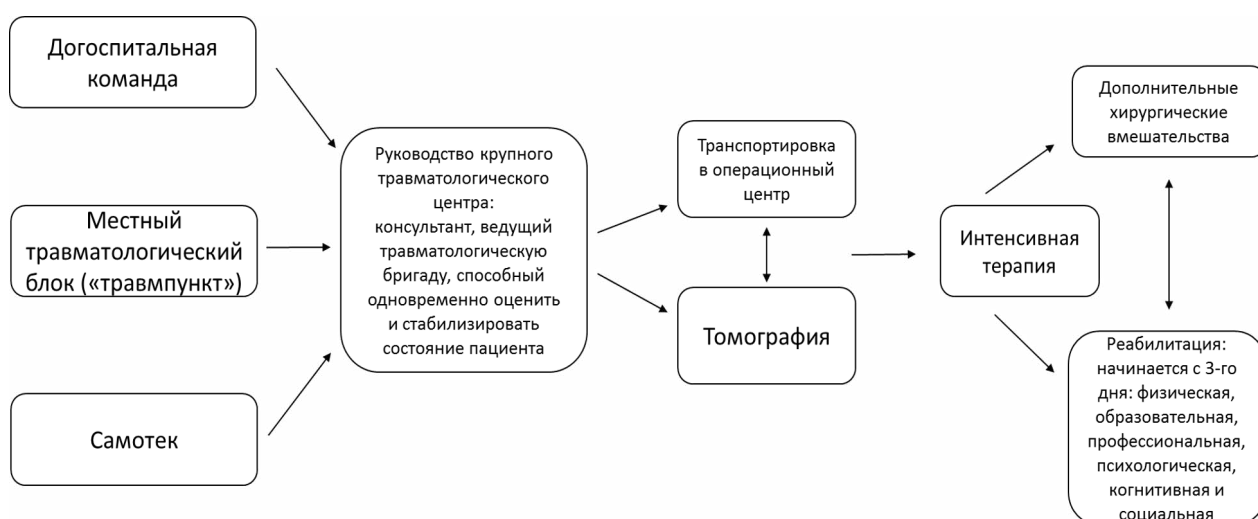


Рис. 8 – Схема маршрутизации пациентов при травмах

2.2. ОПЫТ США

В Соединенных Штатах, как и в Великобритании, для оказания медицинской помощи населению по профилю «травматология» «день в день» работают центры неотложной помощи (поликлиники) и стационарные отделения неотложной помощи (emergency department – ED).

В американских клиниках неотложной помощи предлагают широкий спектр медицинских услуг. В отличие от отделений неотложной помощи прикрепленных к стационару, не прикрепленные организации неотложной помощи не имеют полномочий штата или федерального

2 When to visit urgent treatment centres or other urgent care services. URL: <https://www.nhs.uk/nhs-services/urgent-and-emergency-care-services/when-to-visit-an-urgent-treatment-centre-walk-in-or-minor-injury-unit/>

правительства принимать, лечить или стабилизировать пациентов без учета платежеспособности пациента³.

В США при оказании населению травматологической помощи используется командный подход, который применяется и в других профилях медицинской помощи. Диагностика и лечение травм, особенно множественных, требуют всесторонних возможностей медицинской мультидисциплинарной бригады. Такое лечение часто предполагает сотрудничество врачей разных специальностей, включая нейрохирургов, торакальных хирургов, абдоминальных хирургов, хирургов-ортопедов и челюстно-лицевых хирургов.

Модели мультидисциплинарных команд при лечении пациентов с травмами совершенствуются. В 2020 г. была предложена новая модель: временно-устойчивая команда (temporary-sustainable team). По сравнению с традиционной командой, которая фокусируется только на неотложной помощи и не наблюдает за дальнейшим стационарным лечением пациента, временно-устойчивая бригада уделяет большое внимание непрерывности лечения [38].

2.3. ОПЫТ ФРАНЦИИ

Во Франции система оказания травматологической помощи структурирована вокруг неотложной догоспитальной первичной помощи [39].

Отделения неотложной помощи подразделяются в зависимости от специальности. Также во Франции в некоторых регионах созданы травматологические сети, но их структура менее систематична, нежели в Англии [40].

Развитие сетей по оказанию травматологической помощи началось в регионе Рона-Альпы с сетей «SOS-Травма» от RESUVAL («Réseau des Urgences de la Vallée du Rhône»), Системы травм от RENAУ («Réseau Nord Alpin des Urgences»), а в последнее время это База травм.

Догоспитальное управление организовано на уровне отделений. Во Франции нет специализации по травматологии. На национальном уровне специальность ортопедической и травматологической хирургии находится под эгидой Французского общества ортопедической и травматологической хирургии.

Во Франции отсутствует комплексная национальная политика по лечению тяжелых травм и региональных травматологических систем не существует. В 2017 г. в Университетской больнице Гренобля, Франция, прошел симпозиум. Его целью было объединить заинтересованные стороны и существующие инициативы в области травматологической помощи во Франции. Симпозиум способствовал совместной проработке и обсуждению трех основных тем: сети травматологических центров и национальный реестр травм, изменения в травматологической хирургии и радиологической практике, симуляционные и инновационные методы обучения [42].

Маршрутизация пациентов в подходящий центр должна осуществляться после тщательной догоспитальной оценки, которая проводится на основе клинических критериев (механизм, травма, история болезни), определения жизненно важных показателей, расчета баллов (RTS, MGAP) или на основе классификаций. Согласно этой оценке пациенты затем будут направлены в центр, способный обеспечить оптимальное и окончательное их лечение. Таким образом, цель состоит в том, чтобы избежать некачественной маршрутизации, которая, по сути, является синонимом

3 Urgent Care Centers URL: [https://www.acep.org/patient-care/policy-statements/urgent-care-centers#:~:text=An%20urgent%20care%20center%20is,free-standing%20emergency%20department%20\(ED\).](https://www.acep.org/patient-care/policy-statements/urgent-care-centers#:~:text=An%20urgent%20care%20center%20is,free-standing%20emergency%20department%20(ED).)

повторного перевода, потери времени и, возможно, ухудшения прогноза, а также избежать гипердиагностики, которая может привести к неадекватному использованию ресурсов, перегрузке медицинских организаций и увеличению затрат.

Специфика навыков и интенсификация служб приема неотложной помощи предполагают избирательность в догоспитальном регулировании и расширение ресурсов для оказания медицинской помощи (стабилизации и транспортировки).

Остается задача поддержания на достаточном уровне амбулаторной травматологии, низкое качество и доступность которой известны серьезностью последствий, в том числе и в финансовом плане, в рамках все более разреженной больничной инфраструктуры [42].

2.4. ОПЫТ РОССИИ

Оказание населению медицинской помощи по профилю «травматология и ортопедия» регламентировано приказом Минздрава России от 12.11.2012 № 901н (ред. от 21.02.2020) «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю "травматология и ортопедия"» (зарегистрирован в Минюсте России 25.12.2012 № 26374). Согласно приказу, медицинская помощь оказывается в виде: ПМСП, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

ПМСП оказывается врачом – травматологом-ортопедом, а в случае его отсутствия – врачом-хирургом.

При самостоятельном обращении больных с травмами и острыми заболеваниями костно-мышечной системы в кабинеты неотложной травматологии и ортопедии (травмпункты) врач – травматолог-ортопед оказывает неотложную медицинскую помощь на основе стандартов медицинской помощи.

В случае отсутствия кабинета травматологии и ортопедии в медицинской организации первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается в хирургических кабинетах.

При выявлении онкологического заболевания травматологического или ортопедического профиля лечение и наблюдение больного, не требующего комбинированного и/или сочетанного лечения, осуществляется врачом – травматологом-ортопедом, прошедшим профессиональную переподготовку по специальности «онкология».

При невозможности оказания медицинской помощи в рамках первичной медико-санитарной помощи и наличии медицинских показаний больной направляется в медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь⁴.

4 Приказ Минздрава России от 12.11.2012 № 901н (ред. от 21.02.2020) «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «травматология и ортопедия»» (зарегистрирован в Минюсте России 25.12.2012 № 26374). URL: <https://docs7.online-sps.ru/cgi/online.cgi?req=doc&base=LAW&n=358709&dst=100384&cacheid=3473607C0BC5F47F015CB65AFCCF63DE&mod=e=splus&rnd=X36Q8w#r0dap4Uk9ZItHdmpI>

РАЗДЕЛ 3. МОДЕЛИ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА НА ДОМУ

Развитие стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи определяется потребностью населения в данном виде медицинских услуг, а также необходимостью рационального и эффективного использования финансовых и материально-технических ресурсов здравоохранения. Стационарозамещающие технологии обеспечивают эффективное использование коечного фонда, сокращение уровня необоснованной госпитализации, а также являются резервом экономики ресурсов. Они позволяют медицинским организациям повысить эффективность работы и качество оказываемой медицинской помощи [43].

3.1. ОПЫТ США

Стационар на дому в США (больница на дому, НаН) – инновационная модель ухода, которая позволяет организациям здравоохранения оказывать высококачественную медицинскую помощь, в основном пожилым и взрослым, на дому. НаН предназначен для улучшения результатов, сокращения продолжительности пребывания в стационарах, повышения качества обслуживания пациентов и снижения затрат на здравоохранение, которые могут быть на 19–30% меньше, чем при традиционном стационарном лечении.

Программа была реализована во многих местах в США: больницами, системами здравоохранения, поставщиками услуг по уходу на дому и программами управляемого ухода.

Программы НаН отличаются от более традиционных медицинских услуг на дому; в НаН пациенты имеют право на обслуживание на уровне больницы и могут требовать, чтобы врач и медицинская бригада по крайней мере ежедневно контролировали их потребности в уходе на дому. Службы стационарного ухода на дому предоставляют медицинскую помощь пациентам с использованием методов, включающих телемедицину, удаленный мониторинг и регулярные личные визиты медицинских сестер¹.

Подобная модель оказания медицинской помощи снижает затраты, улучшает результаты и повышает качество обслуживания пациентов.

В ноябре 2020 г. центры услуг Medicare и Medicaid запустили программу экстренного стационарного ухода на дому, чтобы предоставить больницам дополнительную гибкость для ухода за пациентами на дому². Упреждающее управление стационарными и хирургическими случаями (МСГ) разработало клинические показания для пациентов стационара на дому. Эти рекомендации предназначены для взрослых пациентов и охватывают следующие диагнозы, в том числе и не-

1 AARP and National Alliance for Caregiving. Caregiving in the United States 2020. Washington, DC: AARP. May 2020. URL: <https://www.aarp.org/ppi/info-2020/caregiving-in-the-united-states.html>.

2 American Hospital Association. Hospital at home. URL: <https://www.aha.org/hospitalathome>.

которые ХНИЗ: хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), сердечная недостаточность, пневмония, инфекция мочевыводящих путей³.

Структура и реализация стационарно-домашнего ухода варьируются в зависимости от потребностей и возможностей больницы и контингента пациентов.

Хотя структура моделей стационарного ухода на дому может различаться, программы лечения имеют много общих черт. Больничный уход и лечение на дому хорошо подходят для пациентов со средней тяжестью заболевания, которые нуждаются в стационарной помощи, но считаются достаточно стабильными. Пациенты всегда на связи со своей медицинской бригадой по уходу через совокупность биометрического мониторинга и телемедицинских технологий.

Больницы могут оказывать широкий спектр услуг в стационаре на дому, в том числе проводить диагностические исследования, такие как электрокардиограмма, эхокардиограмма и рентгенограмма; осуществлять процедуры, например, оксигенотерапию, внутривенное введение препаратов; предоставлять услуги – респираторную терапию, аптечные услуги и услуги по квалифицированному уходу. Основываясь на потребностях пациента и протоколах ухода, члены медицинской бригады посещают пациента не реже одного раза в день для проведения лечения.

Поставщики услуг также должны обеспечить пригодность дома пациента для стационарного ухода на дому, адекватный доступ в сеть Интернет, охлаждение/обогрев помещения и социальную поддержку пациента. Получение медицинской помощи на уровне больницы в домашних условиях дает возможность представителю больницы (например, медицинской сестре) определить социальные потребности пациента. Например, посещая пациента на дому, можно распознать небезопасные условия жизни или проблемы с доступом к пище. Медицинская сестра может связать пациента с социальным работником или направить в агентство социального обслуживания, которое может помочь удовлетворить эту потребность⁴.

3.2. ОПЫТ АВСТРАЛИИ

Примером стационара на дому в Австралии является «больница в доме» (Hospital in the Home, НІН), которая обеспечивает скоординированную мультидисциплинарную программу непосредственной клинической помощи пациентам⁵.

Доступность программ НІН в Австралии быстро расширяется. Стремление к увеличению помощи НІН включает финансовые соображения, риски ухода за пациентами, изменения в медикаментозном и хирургическом лечении, рост спроса на стационарную помощь в контексте меняющихся демографических характеристик и ограниченного предложения государственных больниц [44].

Помощь НІН предоставляется врачами многих специальностей, например врачами общей практики, неотложной помощи, врачами-ортопедами, кардиологами, педиатрами, реабилитологами, а также инфекционистами, геронтологами, хирургами и гематологами.

3 MCG. Determining the Appropriateness for Hospital-at-Home Care. 2021. URL: <https://www.mcg.com/blog/2021/12/14/determining-appropriateness-hospital-at-home/>.

4 American Hospital Association. Creating Value by Bringing Hospital Care Home. URL: https://www.aha.org/system/files/media/file/2020/12/issue-brief-creating-value-by-bringing-hospital-care-home_0.pdf.

5 Number of People in a Home Care Package (HCP) in Australia from Financial Year 2017 to 2021. URL: <https://www.statista.com/statistics/1100876/australia-number-of-people-in-a-home-care-package/>

В рамках этой программы каждому пациенту требуется меньшее ежедневное вмешательство или оценка, сравнимая со стационарным лечением в больнице. HITN экономит средства и уменьшает неблагоприятные события, связанные с госпитализацией, а также увеличивает пользу от реабилитации пациентов [45].

Отдельное внимание стоит уделить опыту Сиднея. Местный медицинский округ Юго-Западного Сиднея предоставляет больничные услуги примерно 1 млн человек через пять государственных больниц неотложной помощи, которые ежегодно принимают около 230 тыс. взрослых. Ежемесячно в HaH направляют примерно 200–300 пациентов.

Реабилитация на дому (Rehabilitation in the Home – RiTH) – недавнее дополнение к услугам, предоставляемым командой HaH. Реабилитация основана на послеоперационном уходе и гарантирует, что пациенты могут покинуть больницу после операции, чтобы получить эту помощь дома.

Больничные услуги на дому в местном медицинском округе Юго-Западного Сиднея в основном предназначены для введения лекарств внутривенно, но включают послеоперационное дренирование, переход к антикоагулянтной терапии и реабилитацию на дому.

Стационар на дому в Австралии – хорошо зарекомендовавшая себя разнообразная и безопасная клиническая служба, позволяющая сократить госпитализацию или избежать ее многим пациентам. Важно отметить, что отказ от госпитализации дает возможность исключить многие риски, связанные с лечением в условиях стационара [46].

3.3. ОПЫТ СТРАН ЕВРОСОЮЗА

Во Франции деятельность по госпитализации на дому (home hospitalization – HH) стала развиваться после 1950-х гг. HH позволяет пациентам, страдающим тяжелыми острыми или хроническими патологиями, продолжать получать лечение 7 дней в неделю, 24 ч в сутки в домашних условиях. Это центральный вопрос политики здравоохранения в уходе за пациентами [47].

Франция ставит стационар на дому в качестве приоритетной политики в области здравоохранения. Стратегия развития здравоохранения Франции направлена на снижение нагрузки на больницы. Министерством здравоохранения установлены целевые показатели для деятельности стационара на дому: 35 пациентов/год на 100 тыс. населения (в 2020 г. – 25 пациентов/год на 100 тыс. населения).

Во Франции работает 300 отделений стационаров на дому (20 тыс. койко-мест), охватывающих всю территорию Франции, из них: государственные – 25%, частные коммерческие – 17%, частные некоммерческие – 58% (в среднем на одно отделение приходится 30 пациентов/сут). Государство поощряет стационары на дому по ряду причин: соответствие ожиданиям пациента, снижение риска внутрибольничных инфекций, менее затратное лечение, чем в круглосуточном стационаре, преемственность в оказании медицинской помощи.

Существует схема лицензирования стационара на дому – разрешения на деятельность, которое выдается региональными службами здравоохранения в рамках регионального плана развития здравоохранения. Разрешения выдаются на определенную территорию и на определенный срок (7 лет) с возможностью продления.

В Испании стационар на дому определяется как «альтернатива ухода, состоящая из организованной модели, способной обеспечить комплекс медицинской, сестринской помощи и внимания больницы, обеспечиваемого медицинскими работниками и материальными ресурсами самой больницы» [48].

Стационар на дому – подход к здравоохранению, который предусматривает активное лечение пациента медицинскими работниками на дому при его состоянии, требующем стационарного лечения. HaH позволяет оказывать помощь пациентам с легким или средней тяжести заболеванием, выписанным из отделения неотложной помощи, что обеспечивает большую доступность больничных коек для более тяжелых случаев. Эта модель медицинской помощи вовлекает лица, которые осуществляют уход, в процесс оказания медицинской помощи, предоставляя больше информации без посещения больниц и снижая вероятность заражения внутрибольничными инфекциями [49].

В Испании существует два основных типа программ HaH: ранняя выписка с поддержкой (Early Supported Discharge, ESD) и предотвращение госпитализации (Admission Avoidance, AA). ESD направлена на ускорение выписки госпитализированных пациентов, тем самым частично заменяя стационарное лечение. AA принимает пациентов непосредственно в HaH на основании направлений врача общей практики, что позволяет им избегать посещения больницы, или же путем прямой госпитализации из отделения неотложной помощи без пребывания в стационаре.

Согласно систематическим обзорам есть некоторые преимущества, которые можно получить с помощью этого вида услуг: снижение шестимесячной смертности, частоты повторных госпитализаций и средней продолжительности пребывания в больнице; улучшение повседневных функциональных результатов и качества жизни; снижение стресса и дополнительной нагрузки на лиц, осуществляющих уход; снижение затрат. Тем не менее существует ограниченное количество данных об эффективности этих типов программ в качестве альтернативы стационарному лечению, что подвергает их результативность сомнению [50].

Одной из основных проблем, стоящих перед шведским здравоохранением, является отсутствие сотрудничества между муниципальной медицинской помощью на дому и региональной первичной медико-санитарной помощью. Различные типы поставщиков медицинских услуг часто работают в закрытых системах, что затрудняет получение целостной картины состояния здоровья пациента и истории его лечения.

Модель Боргхольма была разработана в ответ на эту проблему. Она направлена на создание тесного сотрудничества между первичной медико-санитарной помощью, муниципальной медико-санитарной помощью и специализированной медико-санитарной помощью. Модель Боргхольма привлекла большое внимание благодаря своим хорошим результатам в оказании помощи пожилым пациентам. Модель, основанная на потребностях пациентов, в настоящее время проходит научную оценку исследователями из Университета Упсалы.

Цель оказания медицинской помощи и ухода по данной модели состоит в том, чтобы пациенты (особенно пожилые и люди со сложными потребностями в уходе) получали непрерывное лечение и в максимально возможной степени посещали одних и тех же врачей.

В модели участвуют пожилые и люди со сложными потребностями в уходе, которые помещаются в виртуальную домашнюю больницу для ухода за ними. Цель состоит в том, чтобы связать пациента, муниципалитет и регион в цифровом виде через специальную платформу IoT таким образом, чтобы все стороны могли сотрудничать. Медицинский персонал муниципалитета имеет доступ к системе медицинской документации региона, и большая часть анализов и обследований проводится на дому у пациента. В муниципалитете Боргхольм бригада скорой помощи также подключена к этой модели⁶.

6 Successful Care Model with Virtual Home Hospital. URL: <https://www.uu.se/en/news/article/?id=19538&typ=artikel>

3.4. ОПЫТ РОССИИ

Согласно приказу Минздравсоцразвития России от 15 мая 2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» стационар на дому создается для оказания медицинской помощи пациентам с хроническими заболеваниями и их обострениями, нуждающимся в стационарном лечении, но не направленным для оказания стационарной медицинской помощи в медицинскую организацию. Он может создаваться при условии, что состояние здоровья пациента и его домашние условия позволяют организовать медицинскую помощь и уход на дому. Отбор пациентов для лечения проводится по представлению врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики (семейных врачей) и врачей-специалистов.

В стационаре на дому ежедневно осуществляется: наблюдение пациента врачом-специалистом и медицинской сестрой, проведение лабораторно-диагностических обследований, медикаментозной терапии, различных процедур, консультация врачей-специалистов по профилю заболевания.

В субботние, воскресные и праздничные дни наблюдение за пациентами может осуществляться дежурными врачами и медицинскими сестрами, а также службой неотложной медицинской помощи. При ухудшении течения заболевания пациент должен быть незамедлительно переведен в круглосуточный стационар⁷.

Внедрение стационарозамещающих технологий, в том числе стационаров на дому, нацелено на повышение эффективности использования ресурсов здравоохранения, улучшение качества и доступности медицинских услуг населению [51].

⁷ Приказ Минздравсоцразвития России от 15 мая 2012 г. № 543н (ред. от 21 февраля 2020 г.) «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (зарегистрирован в Минюсте России 27 июня 2012 г. № 24726).

РАЗДЕЛ 4. МОДЕЛИ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ДЕТСКОГО И ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

По данным ВОЗ, люди моложе 20 лет составляют 35% мирового населения, из них 40% составляет население низкодоходных стран¹. Защита здоровья детей имеет фундаментальное значение. За последние несколько десятилетий произошел прогресс в укреплении здоровья и снижении уровня смертности детей раннего возраста. Число детей, умирающих в возрасте до 5 лет, сократилось вдвое с 2000 г. по 2017 г., и на сегодняшний день выживает больше матерей и детей, чем когда-либо прежде. Однако предстоит еще многое сделать для дальнейшего повышения показателей здоровья населения детского возраста. Причиной более половины детских смертей явились заболевания, которые можно было бы легко предотвратить или вылечить при наличии доступа к медицинскому обслуживанию и улучшении качества жизни детей².

Индивидуальное и популяционное здоровье взрослых и детей определяется рядом факторов, таких как генетика, биология, социальные аспекты, индивидуальное поведение и услуги здравоохранения. Именно взаимосвязь между этими факторами определяет здоровье. Все чаще в национальных системах здравоохранения используют укрепление системы первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), чтобы справиться с проблемами старения населения, особыми потребностями пациентов, технологическими изменениями и т. д.

Так, в рамках проекта «Модели оценки детского здоровья» в европейских странах была проведена систематическая научная оценка типов услуг ПМСП детям. Результаты отображали, что между странами существуют значительные различия в общей удовлетворенности детской ПМСП, восприятии населением качества конкретных аспектов системы ПМСП и приоритетах граждан в отношении того, какие аспекты помощи важны при оценке качества оказываемой медицинской помощи. Наиболее важные приоритеты в пяти странах (Германии, Нидерландах, Польши, Испании и Великобритании) связаны с аспектами доступности (своевременности), целесообразности (навыков/компетенции, управления), доступности (затраты), непрерывности (информации, достоинства/уважения) и координации (быстрой маршрутизации, сотрудничества) [52].

ВОЗ в 2022 г. определила основные подходы и принципы в оказании медицинской помощи детям. Поскольку поставщик ПМСП часто выступает в качестве первого контактного лица в системе здравоохранения для ребенка или подростка (или всей семьи), это позволяет поставщику тесно сотрудничать как с детьми, так и с семьями и оказывать им многопрофильную медицинскую помощь.

Специалист ПМСП, согласно модели оказания многопрофильной помощи, принимает основную ответственность за оказание медицинской помощи и выступает ее координатором. При необходимости он может направлять ребенка к врачам-специалистам, а также к сотрудникам социальных служб, образовательных и общественных организаций, вовлекая в работу различные секторы и предоставляя пациенту доступ ко всем видам помощи. Многопрофильная помощь

1 WHO. Integrating palliative care and symptom relief into paediatrics URL: <https://www.who.int/publications/i/item/integrating-palliative-care-and-symptom-relief-into-paediatrics>

2 WHO. Child health. URL: https://www.who.int/health-topics/child-health#tab=tab_1

позволяет семьям лучше справляться со стрессом, помогает решать возникающие проблемы и обеспечивает эффективное использование ресурсов. Многопрофильная не сегментированная помощь считается золотым стандартом.

ПМСП охватывает сферы физического, духовного и социального благополучия и должна быть ориентирована на интересы людей, учитывать все медико-санитарные потребности с рождения и до конца жизни – от профилактики и укрепления здоровья до лечения, реабилитации и паллиативного сопровождения.

Также ВОЗ разработала стандарты в области качества медицинской помощи, оказываемой детям и подросткам, которые должны применяться во всех организациях ПМСП (рис. 9)³.

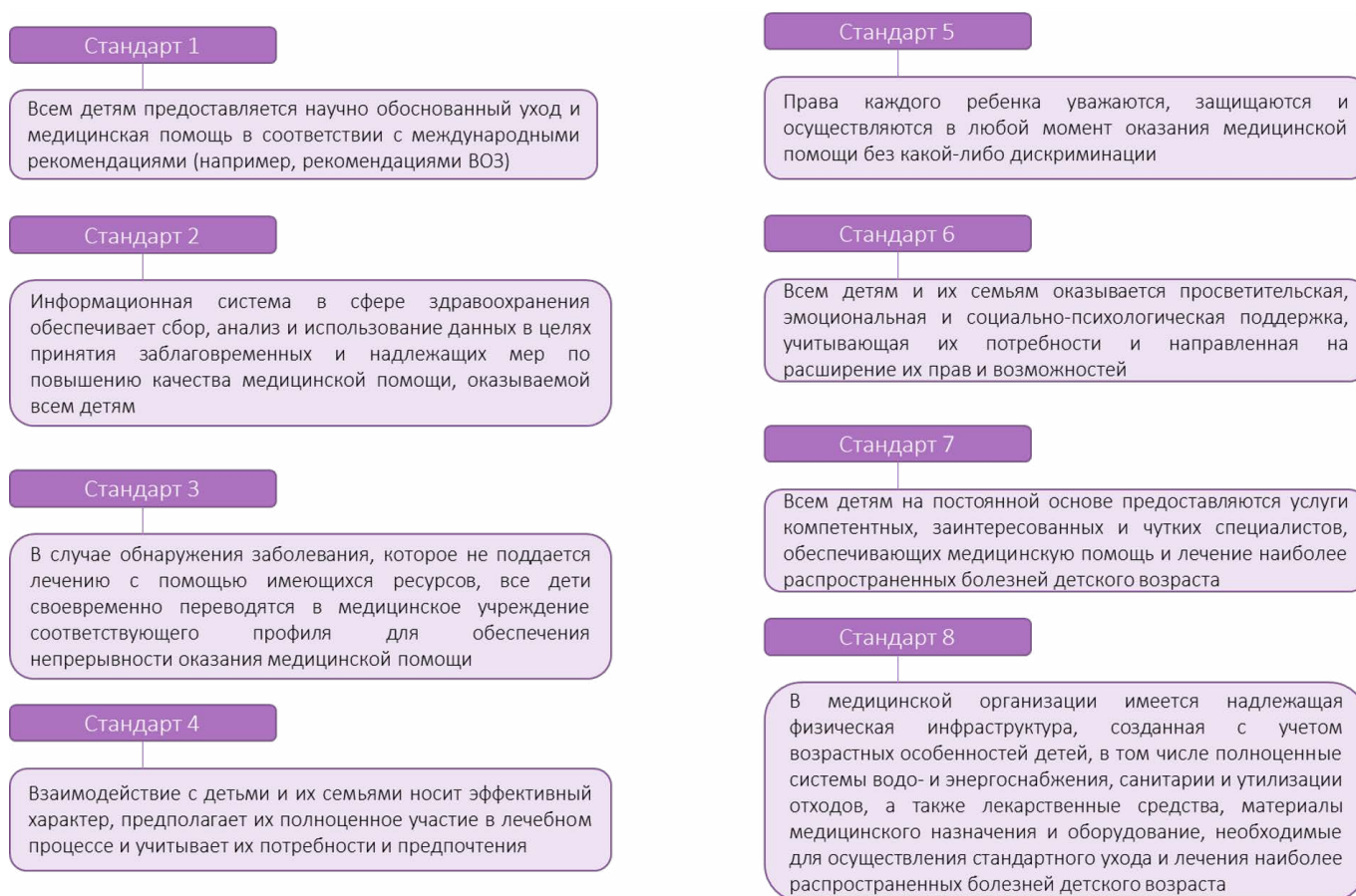


Рис. 9 – Стандарты в области качества медицинской помощи, оказываемой детям и подросткам, ВОЗ

4.1. ОПЫТ ВЕЛИКОБРИТАНИИ

В Великобритании обращения по случаям заболеваний детей составляют до 25% от общего числа обращений в общей практике [53].

В настоящее время по всей стране появляются интегрированные системы медицинского обслуживания, создавая новые партнерства, которые используют более амбициозный подход к взаимосвязи услуг, улучшая сообщение между амбулаторной (общей практикой) и стационарной

3 WHO. Оказание первичной медико-санитарной помощи детям и подросткам: руководство по укреплению здоровья, профилактике и лечению заболеваний. Карманный справочник. Режим доступа: <https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789289057622>

помощью. Внедряются инновационные модели, такие как Connecting Care for Children (Объединяющий Уход За Детьми – СС4С) на северо-западе Лондона, которая реагирует на непропорционально высокий уровень обращений в медицинские организации педиатрической неотложной и амбулаторной помощи. Штатные педиатры стационаров работают с местными врачами общей практики и другими специалистами в области здравоохранения⁴.

СС4С – модель, охватывающая детей и молодых людей (от 0 до 18 лет), включая здоровых детей, детей с острыми заболеваниями, детей со сложными медицинскими потребностями, уязвимых детей с социальными потребностями и детей, страдающих хроническими заболеваниями.

СС4С представляет собой интегрированную систему детского здравоохранения. В центре системы находится общая практика, в которой усилена роль врача (ВОП). Для разработки и планирования интегрированной системы детского здравоохранения объединились дети, молодые люди, родители и опекуны. Модель была разработана при обширных консультациях с заинтересованными сторонами и совместном проектировании.

В рамках модели функционируют «Центры общей врачебной практики детского здоровья» (Child Health General Practice Hubs). Три основных элемента, которые объединяются, чтобы сформировать центры, заключаются: в обеспечении оказания специализированной помощи, открытом доступе (врачам ПМСП предоставляется оперативный доступ по горячей линии к педиатрам для получения совета/поддержки) и участии общественности и пациентов.

Для оптимальной эффективности центр должен состоять из трех-четырех практик и обслуживать население численностью 20 000 человек, из которых около 4 000 – дети. В настоящее время существует 25 практик, образующих 6 центров в Западном Лондоне, Центральном Лондоне, в Хаммерсмите и Фулхэме. По результатам опроса пациентов центров 100% респондентов сообщили, что готовы порекомендовать услуги, предоставляемые центрами, друзьям и родным.

Интерес представляет и модель оказания медицинской помощи Эвелины Лондон. Модель оказания медицинской помощи Эвелины Лондон – Партнерства по охране здоровья детей и молодежи (Children and Young People's Health Partnership – CYHP) – новая модель интегрированной, комплексной, скоординированной и индивидуальной помощи, которая предоставляется населению, насчитывающему более 90 000 детей и молодых людей на территории Южного Лондона. Модель направлена на предоставление комплексной скоординированной помощи, отвечающей потребностям пациентов. Предоставление индивидуальной помощи, отвечающей потребностям пациентов, будет достигаться за счет развертывания нескольких универсальных и целевых услуг, а также благодаря инициативам по укреплению системы здравоохранения, включая внутрисекторальное и межсекторальное партнерство, обучение персонала, технологии и аналитику [54].

4.3. ОПЫТ ИТАЛИИ

В Европейском Союзе медицинские услуги структурированы по-разному, и мало исследований о том, какая модель работает лучше всего. Для всех возрастных групп ПМСП является первым уровнем профессиональной медицинской помощи, где пациенты сообщают о своих проблемах со здоровьем и где может быть удовлетворена большая часть потребностей населения в области здравоохранения. Различия в общей мощности ПМСП в Европе, по-видимому, относятся к разной степени развития аспектов структуры и организации ПМСП в странах [52].

4 NHS. A new dawn for children's health and wellbeing. URL: <https://www.england.nhs.uk/blog/a-new-dawn-for-childrens-health-and-wellbeing/>

Так, в Италии одним из основных трендов в развитии педиатрической помощи стало распространение систем телемедицины. Внедрение телемедицины в педиатрической практике неуклонно растет на протяжении последних двух десятилетий. Пациентам и их семьям часто приходится сталкиваться с такими препятствиями, как ограниченное количество педиатрических специалистов и транспортная доступность. Педиатрическая телемедицинская служба может предложить пациентам более быстрый способ получения медицинских услуг, обеспечивая постоянный мониторинг жизненно важных показателей и не снижая при этом качества оказания помощи.

В регионе Ломбардия на севере Италии необходимость внедрения телемедицины возникла еще до пандемии COVID. Чтобы расширить доступ к медицинской помощи в этом районе, были введены в работу медицинских организаций модели лечения на дому (виртуальная больница) для обеспечения непрерывного наблюдения и лечения. Такая модель продемонстрировала безопасность для пациента, высокие стандарты качества оказания медицинской помощи и снижение экономических затрат.

В рамках модели был создан региональный операционный центр на базе бессерверной платформы Amazon Web Services. Система мониторинга обеспечивала непрерывную оценку критических медицинских состояний, предлагая выявление социально и клинически значимых проблем.

Телемедицина была также внедрена в области педиатрии в детской больнице Буцци в Милане, столице региона Ломбардия. Были введены дистанционные консультации пациентов по диетологии, а также по пневмологическому, гастроэнтерологическому, ревматологическому и эндокринологическому профилю. Служба видеоконсультаций формата «пациент-специалист» позволила врачам оценить клиническое состояние и определить необходимость очного посещения пациента.

В этой больнице пациентам детского возраста были предложены три новых и интересных метода телемедицины. Первым нововведением стал проект, предусматривающий раннюю выписку (за 72 часа) с посещением врача на дому и с использованием устройства Tytocare, которое позволяет поставщику медицинских услуг проводить медицинские осмотры под контролем врача. С помощью этой системы врачи могут безопасно наблюдать за детьми в спокойной и комфортной обстановке, оценивая их клиническое состояние без воздействия дополнительных факторов. Ранняя выписка представляет собой важный элемент оптимизации медицинской помощи в педиатрической сфере, где, как предусмотрено «Хартией Европейской ассоциации помощи детям в больницах», необходимо, чтобы каждый госпитализированный ребенок выписывался как можно скорее, для его психофизического благополучия. Модель позволяет оптимизировать затраты, как структурные, так и кадровые; в перспективе дистанционный уход и лечение на дому в педиатрии может стоить до 9% дешевле, чем лечение по традиционной модели.

Вторым предложением по телемедицине в детской больнице Буцци была программа телекардиологии: простой и безопасный метод проведения (с последующим заключением специалиста) электрокардиографии у детей с помощью инновационных инструментов. Служба телекардиологии предоставляет преимущество, заключающееся в сокращении использования и нагрузки на центры и больницы, а также позволяет избежать очного посещения организации. В качестве третьего предложения были предложены онлайн-тренировки под наблюдением специалиста для детей, страдающих ожирением.

Услуги телеэкспертизы дают возможность облегчить и укрепить мультидисциплинарное сотрудничество. Взаимодействие и стимулирование сотрудничества между специалистами являются предпосылкой для поощрения совместного принятия решений, а вовлечение пациента, как участника процесса, имеет ключевое значение для содействия соблюдению назначенного пациенту режима лечения [55].

4.4. ОПЫТ АВСТРАЛИИ

Телемедицина широко применяется в педиатрии и в Австралии. Комплексная (интегрированная) помощь, необходимая детям и подросткам с нервно-мышечными заболеваниями, обычно координируется в амбулаторных клиниках третичного уровня, где врачи оказывают высококачественную многопрофильную помощь в соответствии с международными рекомендациями. Большая часть медицинских услуг оказывалась удаленно посредством телездравоохранения (ТЗ) на протяжении большей части 2020 г. Переход на ТЗ соответствовал мерам борьбы с пандемией во многих других странах и способствовал увеличению финансирования со стороны правительства Австралии и расширению права на финансирование ТЗ. Австралийские исследователи доказали, что ТЗ является приемлемым компонентом лечения в крупном многопрофильном педиатрическом центре [56].

4.4. ОПЫТ США

Для США ПМСП является основой педиатрической помощи. В период с 2008 по 2016 г. количество посещений пациентов детского возраста в организации ПМСП снизилось на 14,4%. По наблюдениям американских исследователей дети с коммерческой страховкой предположительно реже посещают врачей ПМСП. Факторами этой тенденции могут быть изменения в доступности к медицинским услугам, стоимости лечения и здоровье самих детей.

Американская академия педиатрии выступает за то, чтобы практика ПМСП была центром медицинского наблюдения, скрининга, лечения острых и хронических состояний и координации медицинской помощи. Многие политические меры были сосредоточены на улучшении доступности и качества ПМСП.

Например, ключевым компонентом инициатив, ориентированных на пациента, является расширение доступности медицинской помощи. Закон о доступном медицинском обслуживании отдал приоритет ПМСП. Закон предусматривает доступное медицинское страхование большему количеству людей и предоставляет потребителям субсидии («премиальный налоговый кредит»), которые снижают расходы для домохозяйств с доходами от 100% до 400% федерального уровня бедности (federal poverty level – FPL). Также Закон направлен на расширение страховой программы Medicaid, чтобы охватить медицинской помощью всех взрослых с доходом ниже 138% FPL, и на поддержание инновационных методов оказания медицинской помощи, с целью снижения затрат на здравоохранение.

Нефинансовые барьеры также могут быть факторами, такими как баланс предложения врачей и спроса пациентов, а также территориальное распределение врачей. С увеличением процента людей, имеющих страховку, после принятия Закона о доступном медицинском обслуживании все больше людей имеют возможность претендовать на один и тот же пул врачей ПМСП, что могло привести к снижению доступности своевременных приемов врачей в некоторых регионах страны [57].

В последние годы в США возрос интерес к продвижению модели педиатрического медицинского дома (medical home – МН), которая была определена Американской академией педиатрии как «модель оказания ПМСП, которая является доступной, непрерывной, всеобъемлющей, ориентированной на семью, скоординированной, сострадательной и культурно эффективной (т.е. семь определяющих областей или компонентов МН) по отношению к каждому ребенку и подростку» [58].

МН строит партнерские отношения с клиническими специалистами, семьями и общественными ресурсами. МН признает семью постоянной частью жизни ребенка и подчеркивает партнерство между медицинскими работниками и семьями⁵.

4.5. ОПЫТ РОССИИ

В России, как и в остальных странах мира, ПМСП также является основной и первой точкой контакта пациента детского возраста с системой здравоохранения. Социально-экономические изменения, произошедшие в России за последнее десятилетие, обострили медико-социальные проблемы в стране, отмечаются неблагоприятные сдвиги в здоровье детей, характеризующиеся ростом функциональных расстройств, хронических болезней и снижением показателей физического развития, увеличилось количество детей, находящихся в трудной жизненной ситуации [59].

Московская система здравоохранения тоже ориентирована на укрепление роли ПМСП в оказании педиатрической помощи. В столице, учитывая мировой опыт и глобальные тренды, реализуются проекты, направленные на модернизацию первичного звена.

Опираясь на международный тренд по укреплению ПМСП в национальных системах здравоохранения и учитывая эффективность мультидисциплинарного и пациентоориентированного подходов при оказании ПМСП, в странах мира появляются новые модели и инновационные решения в области оказания медицинской помощи детям и подросткам.

5 What is Medical Home? URL: <https://www.aap.org/en/practice-management/medical-home/medical-home-overview/what-is-medical-home/>

РАЗДЕЛ 5. ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ КАК ОДНА ИЗ ФУНКЦИЙ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО- САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Сегодня ВОЗ одной из основных оперативных функций здравоохранения признает профилактику болезней, включая раннее выявление нарушений здоровья¹. В 2021 г. ВОЗ утвердила шесть целей в области профилактики неинфекционных заболеваний (НИЗ) (рис. 10)².

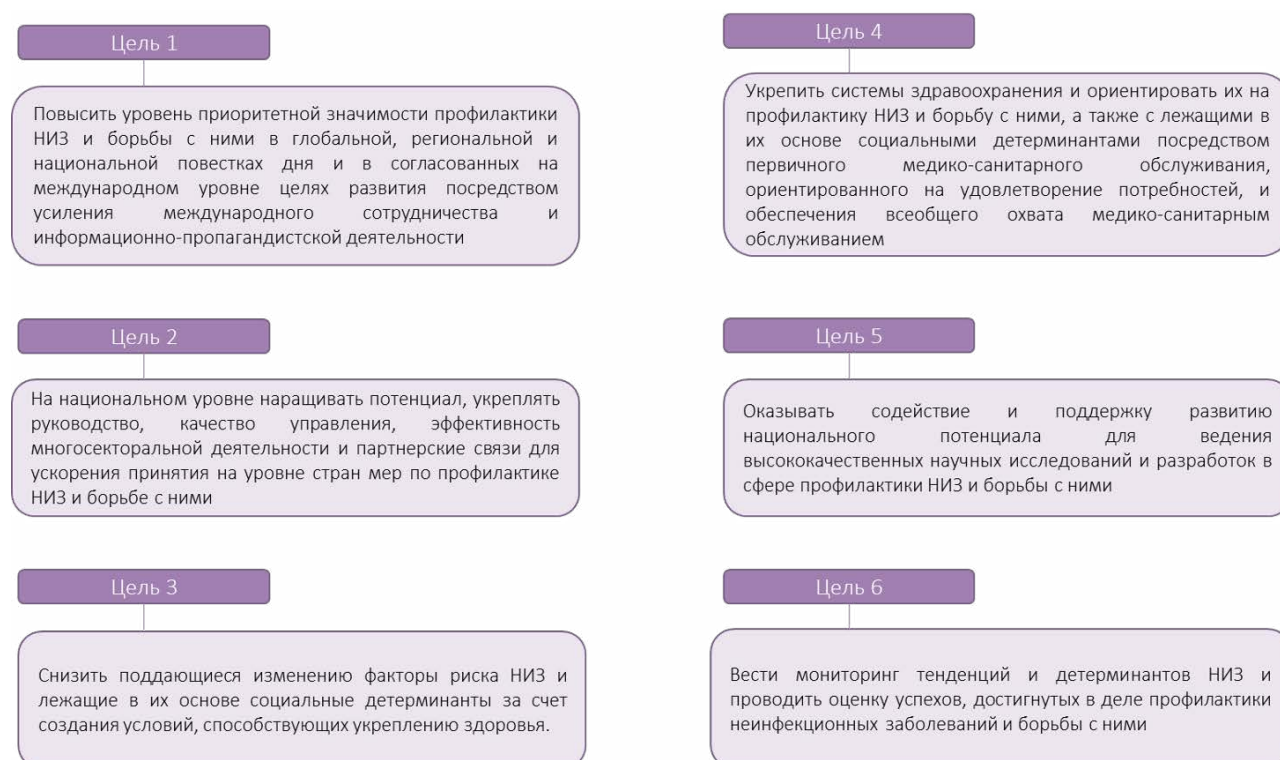


Рис. 10 – Шесть целей в области профилактики неинфекционных заболеваний

Во вторичную профилактику включаются такие мероприятия, как построенные на доказательной основе программы скрининга с целью раннего выявления заболеваний; программы охраны здоровья матери и ребенка, в т.ч. скрининг и профилактика врожденных пороков; производство и закупки скрининговых тестов для раннего выявления заболеваний. Профилактика заболеваний в этом контексте рассматривается как действия, обычно предпринимаемые сектором здравоохранения и по его инициативе направленные на отдельных людей и на группы населения, у которых выявлены идентифицируемые факторы риска, часто ассоциирующиеся с различными формами рискованного поведения³.

1 ВОЗ. Укрепление услуг и потенциала общественного здравоохранения: план действий для Европы: укрепление здоровья и благополучия в интересах нынешнего и будущих поколений. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/340449>

2 ВОЗ. Политическая декларация третьего совещания высокого уровня Генеральной Ассамблеи по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними. URL: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/A74_10Add1-ru.pdf

3 ВОЗ. Укрепление потенциала и служб общественного здравоохранения в Европе: рамочная основа действий: URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/335907>

5.1. ОПЫТ США

По данным ВОЗ, США начали первыми из всех стран активно внедрять концепцию скрининга в профилактику различных заболеваний. В 1961 г. Государственная служба здравоохранения США опубликовала первый исчерпывающий обзор принципов его проведения [60].

Определением политики в области профилактической медицины в США занимается Рабочая группа по профилактике заболеваемости (U. S. Preventive Services Task Force, USPSTF).

В США USPSTF создает национальные рекомендации, и в предыдущие годы принятие решений было возложено на региональные органы и медицинские страховые организации. Сегодня USPSTF рекомендует для внедрения в клиническую практику только 30 из 93 рассмотренных ею скринингов⁴.

Американская система медицинского страхования состоит из частного страхования, Medicare и Medicaid. В США нет национальной системы медицинских осмотров, которая действует для всех граждан, но федеральное правительство реализует программу медицинских осмотров для людей в возрасте 65 лет и старше, зарегистрированных в Medicare. Если USPSTF публикует рекомендации по проверке состояния здоровья, Medicare проводит проверку состояния здоровья на основе этой рекомендации. При этом правительства штатов иногда внедряют свои собственные программы медицинских осмотров, но национальные медицинские осмотры, предназначенные для подписчиков Medicare и семей с низким доходом при поддержке Центров по контролю и профилактике заболеваний, выполняются также. В США отдельно существуют скрининги различных онкологических заболеваний, но взрослым рекомендованы только скрининги колоректального рака, молочной железы, шейки матки и легких. Услуги медицинского осмотра, предоставляемые Medicare, финансируются за счет страховых взносов и фондов, поэтому большинство из них предоставляются бесплатно без каких-либо личных затрат [61].

Сегодня каждый застрахованный в США может пройти в течение одного года после регистрации в Medicare часть В осмотр у врача, который включает измерение АД, ЧСС, ЧДД, ИМТ, температуры, осмотр кожи, горла, пальпацию сонных артерий, лимфатических узлов, пальпацию и аускультацию, оценку силы мышц, тест на зрение и депрессию.

5.2. ОПЫТ ВЕЛИКОБРИТАНИИ

Экспертная группа в лице Национального комитета по скринингу Великобритании (UK NSC) определяет политику в области профилактической медицины и рекомендуемый для внедрения в клиническую практику перечень программ скрининга, который отличается в каждой из 4 стран, в Англии он представлен 11 программами.

Великобритания применяет национальные рекомендации скрининга по всей стране, а UK NSC несет ответственность за осуществление программ скрининга.

Программы скрининга рекомендуются только в том случае, если доказано, что при разумных затратах их применение принесет больше пользы, чем вреда. Каждые 3 года рекомендации по скринингу пересматривают с учетом новых исследований.

⁴ Recommendation The U.S. Preventive Services Task Force: URL: https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/topic_search_results?topic_status=All&type%5B%5D=5&searchterm=screeing

Национальный медицинский скрининг в Великобритании проводится UK NHS (Национальной службой здравоохранения Великобритании), Национальным комитетом по охране здоровья Великобритании, Службой общественного здравоохранения Англии (PHE) и местными органами власти. NSC Великобритании готовит рекомендации по медицинскому обследованию, анализирует циклы и предметы обследований. PHE, как ведущая организация по скринингу, отвечает за оценку и управление качеством программ скрининга, а фактически скрининги проводятся медицинскими учреждениями UK NHS. Медицинские осмотры в Великобритании проводятся бесплатно. Частные компании предлагают ряд платных скрининговых тестов, некоторые из них не рекомендуются, т.к. неясно, перевешивают ли преимущества вред⁵.

NHS Health Check, программа проверки здоровья в Великобритании, направлена на предотвращение сердечно-сосудистых заболеваний, инсульта, диабета 2-го типа, заболеваний почек и деменции посредством скрининга⁶. Субъектами скрининга являются здоровые взрослые в возрасте от 40 до 74 лет, у которых нет симптомов, а интервал между осмотрами составляет 5 лет. Программа медицинского осмотра состоит из оценки рисков, информирования о рисках и управления рисками. На этапе оценки риска проводится стандартный тест с использованием инструмента Qrisk для определения уровня риска заболеваний системы кровообращения и выявления основных факторов риска. Обследование проводится медсестрой в местном учреждении первичной медико-санитарной помощи (хирургия общей практики) или в местной аптеке. В качестве методов тестирования проводятся опрос (пол, возраст, раса, семейный анамнез, статус курения и употребления алкоголя, физическая активность), физические измерения (рост, вес, ИМТ), анализ крови (холестерин, сахар в крови) и измерение артериального давления. В возрасте 65–74 лет проводится дополнительный скрининг деменции [62].

Чтобы оценить эффективность программ скрининга, в Великобритании используют KPI⁷.

5.3. ОПЫТ ГЕРМАНИИ

В Германии разработкой национальных рекомендаций скрининга занимается Федеральный объединенный комитет (Federal Joint Committee), а за их реализацию отвечают органы власти федеральных земель.

Федеральное министерство здравоохранения Германии предлагает в рамках обязательного медицинского страхования ряд скринингов для младенцев, ничем не отличающихся от других стран.

Кроме того, в Германии существует Национальный план по борьбе с онкологическими заболеваниями, который включает ряд скринингов: злокачественных новообразований шейки матки, молочной железы, кожи, предстательной железы, колоректального рака.

Медицинская страховка также покрывает для взрослых граждан скрининги по выявлению сердечно-сосудистых заболеваний, заболеваний почек, сахарного диабета и аневризмы брюшной аорты⁸.

В Германии скрининговые программы финансируются государством.

5 NHS screening. URL: <https://www.nhs.uk/conditions/nhs-screening>

6 NHS Health Check. URL: <https://www.nhs.uk/conditions/nhs-health-check/>

7 Population screening programmes: detailed information. URL: <https://www.gov.uk/topic/population-screening-programmes>

8 Bundesministerium für Gesundheit. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de>

5.4. ОПЫТ ЯПОНИИ

В Японии действует ряд систем страхования, а тип страхования в основном делится на медицинское страхование на рабочем месте для наемных работников и региональное медицинское страхование (национальное медицинское страхование) для сельскохозяйственных рабочих, самозанятых и пенсионеров.

В Японии работодатели обязаны по закону предоставлять работникам ежегодно медицинские осмотры. Более того, большинство японских компаний требуют прохождения медицинского осмотра от лиц, устраивающихся на работу, и делают их обязательными на период сотрудничества. Перечень мероприятий, входящих в check-up, работодатель может определять сам.

Если гражданин не работает, он имеет право на бесплатный медосмотр по своему желанию [63].

Существуют различия в программах обследований, предоставляемых каждой страховой компанией, но все страховщики проводят специальные медицинские осмотры, направленные на предотвращение заболеваний, связанных с образом жизни.

Специальное медицинское обследование проводится каждый год для страхователей и их иждивенцев в возрасте от 40 до 74 лет и нацелено на такие заболевания, как диабет, гипертония и дислипидемия. Методом исследования является текущий медицинский осмотр (текущее состояние здоровья, употребление алкоголя и курение и т. д.), физические измерения (рост, вес, окружность талии, ИМТ), измерение артериального давления, анализ крови (уровень липидов в крови, функция печени, уровень сахара в крови натощак), анализ мочи и медицинский осмотр⁹.

Так как страховщики обязаны проводить осмотр, государство это не оплачивает, но некоторым из них предоставляются государственные субсидии [62].

5.5. ОПЫТ ЮЖНОЙ КОРЕИ

В Южной Корее действует национальная система медицинского страхования, а Национальная служба медицинского страхования выступает в качестве единственного страховщика. Система здравоохранения Южной Кореи состоит из трех направлений: Национальной программы медицинского страхования (National Health Insurance Program), Программы медицинской помощи (Medical Aid Program) и Программы долгосрочного ухода (Long-term Care Program). Все граждане Южной Кореи имеют право на получение страховки в рамках Национальной программы медицинского страхования [64].

В Корее нет устоявшейся системы первичной медико-санитарной помощи, нет секторов врачей общей практики или семейных врачей. Тем не менее пациенты имеют доступ к любой специализированной клинике в Корее и могут получить первую консультацию без направления, за исключением больниц третичного уровня, находящихся в ведении правительства Кореи. Пациенты также могут получить первичную помощь в государственных центрах здравоохранения, находящихся в ведении местного самоуправления, в которых работают врачи семейной медицины или другие специалисты¹⁰.

⁹ Ministry of Health, Labour and Welfare. URL: <https://www.mhlw.go.jp>

¹⁰ OECD (2020), OECD Reviews of Public Health: Korea: A Healthier Tomorrow, OECD Reviews of Public Health, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/be2b7063-en>.

Система медицинского осмотра определена в «Законе о национальном медицинском страховании»^{11,12}. Для абонентов медицинского страхования и их иждивенцев Национальная служба медицинского страхования полностью покрывает расходы на обследование.

Количество скрининг-тестов для обследований постоянно расширяется. С 2019 г. общие скрининги здоровья проводят для всех граждан в возрасте 19 лет и старше¹³.

Медицинские осмотры в Южной Корее включают физические измерения (рост, вес, окружность талии, острота зрения, слух), рентгенограмму грудной клетки, анализ мочи (белок в моче), анализ крови. Выполняются анализ креатинина, расчетная скорость клубочковой фильтрации и осмотр полости рта. Кроме того, проводят осмотры по особенностям встречаемости заболеваний по полу и возрасту, дислипидемии, гепатиту В, плотности костной ткани, когнитивным нарушениям, психическому здоровью, тесты физических функций для пожилых людей предусмотрены для каждой возрастной группы. Общий скрининг здоровья проводится один раз в два года [62].

5.6. ОПЫТ СТРАН ЛАТИНСКОЙ АМЕРИКИ

Как первая и основная точка контакта с системой здравоохранения, ПМСП лучше всего подходит для выявления заболеваний на ранней стадии. Однако в странах Латинской Америки, несмотря на наличие руководств по услугам скрининга, охват программами скрининга довольно низок.

Более того, во время чрезвычайной ситуации в области здравоохранения – пандемии, услуги скрининга и раннего выявления заболеваний резко сократились в период с 2019 по 2020 г.

Страны Латинской Америки сталкиваются с растущей распространенностью ХНИЗ, что в основном обусловлено изменениями в структурах населения и демографических профилях, а также ростом распространенности факторов риска для здоровья. Эффективность системы здравоохранения по обеспечению своевременной диагностики и лечения также играет ключевую роль.

Стремясь улучшить работу и потенциал своих систем ПМСП, страны Латинской Америки создали механизмы для скрининга некоторых из наиболее эпидемиологически значимых заболеваний.

Диапазон заболеваний, включенных в программы раннего выявления, различается в разных странах, но онкологические заболевания, диабет и гипертония, а также дородовой уход и уход за детьми являются общими для Латинской Америки.

В Мексике службы ПМСП хорошо подготовлены к предоставлению услуг скрининга и сокращению задержек в диагностике неинфекционных заболеваний; однако эти службы сталкиваются с серьезными проблемами, которые снижают эффективность программ скрининга. Хотя программы раннего выявления в стране описывают пути оказания помощи и показатели эффективности, не существует никаких назначений или рамок подотчетности для заинтересованных сторон системы. Программы скрининга и раннего выявления в Мексике в последние годы изменились в сторону программ, ориентированных на население, тогда как раньше они были оппортунистическими.

В то же время мексиканская программа дородового ухода оказалась очень успешной благодаря проактивной кампании. Программа координирует и распределяет обязанности по результа-

11 Framework Act on Health Examinations, Law No. 15870 (Dec 11, 2018).

12 Implementation Standards on Health Examination, Law No. 2019-262 (Dec 10, 2019).

13 National Health Insurance Service. 2018 National Health Screening statistical yearbook. Wonju: National Health Insurance Service; 2019.

там среди поставщиков медицинских услуг. Она также рассматривает активный набор целевой группы населения (из переписи беременных женщин) и способствует связи с социальной сетью для создания дополнительной поддержки пациентов.

Колумбийские программы скрининга описывают цели и показатели результатов, а также системы оценки и пути, протоколы и обязанности заинтересованных сторон. Однако программы ограничены руководящими принципами, и отсутствует структура подотчетности для мониторинга результатов и эффективности поставщиков. Это приводит к низкому соблюдению руководящих принципов, и, как следствие, показатели качества онкологической помощи, связанные со стадированием и ранней диагностикой, предполагают низкую эффективность на национальном уровне. Раннее выявление может осуществляться как с помощью оппортунистических, так и популяционных инициатив, но нет стратегии активного охвата целевой группы населения.

Чили имеет национальную программу скрининга и раннего выявления, которая включает несколько скрининговых тестов на протяжении жизненного цикла населения. Специальная программа, действующая для дородового наблюдения и ухода за детьми «Chile crece contigo» («Растем вместе»), включает в себя комплексный набор скрининговых обследований с момента первого дородового осмотра до начала начальной школы. Программы имеют популяционный подход для людей, зачисленных в государственную схему, связанную с обязательной регистрацией в ПМСП. Кроме того, существует ответственность за показатели эффективности (такие как уровни охвата), основанные на схеме поощрения по результатам работы для ПМСП: по крайней мере 25% взрослого населения и 55% пожилого взрослого населения, охваченного системой общественного здравоохранения, должны быть включены в программу жизненного цикла скрининга и раннего выявления. Стимулы на уровне пациента, такие как право на субсидии, существуют для активного вовлечения семей и целевого населения в программу раннего выявления.

В Бразилии профилактика и скрининг злокачественных новообразований, диабета и гипертонии имеют большое значение и включены в руководящие принципы сектора первичной медико-санитарной помощи. Существуют национальные программы скрининга злокачественных новообразований молочной железы и шейки матки, недавно была добавлена программа колоректального скрининга. Программы скрининга злокачественных новообразований в стране проводятся по усмотрению медицинских работников во время визитов к врачу и планового ухода на оппортунистической основе. Бразильские национальные программы скрининга и раннего выявления включают подробный план действий, распределяющий обязанности, подотчетность и схему поощрения по результатам работы для первичной медико-санитарной помощи (15% от общего финансирования).

С внедрением новой системы оплаты ПМСП в 2019–2020 гг. бригады ПМСП получили финансовые стимулы для скрининга. Бригады здравоохранения (особенно агенты общественного здравоохранения) отвечают за выявление, поиск и приглашение целевого населения на скрининг. Бразилия должна продолжать двигаться в направлении программ скрининга населения на рак груди и шейки матки, в которых каждый человек из целевой группы населения систематически приглашается к участию, с индивидуальным подходом и стратегиями коммуникации. В то же время скрининг на диабет и гипертонию обычно проводится по артериальному давлению и уровню глюкозы в крови во время базовых осмотров первичной медико-санитарной помощи на предмет хронических заболеваний, наряду с другими измерениями состояния здоровья. Однако существуют значительные проблемы в обеспечении непрерывности ухода за страдающими этими заболеваниями, которые требуют разработки путей управления заболеваниями, более сильной инфраструктуры данных и улучшения потенциала на уровне первичной медико-санитарной помощи.

В Коста-Рике имеется подробный протокол для активного вовлечения пациентов в выявление злокачественных новообразований, пренатальный контроль, программу роста ребенка и, в более общем плане, в разработку программ скрининга и раннего выявления. При первом контакте врач или медицинская сестра заполняют анкету по профилактике онкологических заболеваний среди пациентов, которые обращаются за услугами. Анкета регистрируется в централизованной информационной системе в режиме онлайн. Анкета позволяет оценить риск развития некоторых видов злокачественных новообразований, и, если считается, что это целевая группа населения, при необходимости осуществляется направление на более специализированную помощь. Кроме того, программы раннего выявления описывают процессы и механизмы активного приглашения целевой группы населения.

Напротив, перуанская программа скрининга злокачественных новообразований оказалась ограниченной в своей способности улучшать охват населения. С 2014 по 2018 г. охват скринингом злокачественных новообразований молочной железы практически не улучшился, хотя страна приняла подход, ориентированный на население. В то же время Национальная программа скрининга рака шейки матки, стратегия вакцинации против ВПЧ и стратегии пренатального раннего выявления и контроля добились умеренного успеха. Различия в эффективной реализации могут иметь несколько причин, но факторы успеха функционирующих программ связаны с новым национальным планом здравоохранения. В рамках новой модели оказания помощи бригады ПМСП отвечают за предоставление помощи, уделяя внимание не только заболеваниям, но и всем потребностям в области здравоохранения в обществе. Это включает в себя обязанности групп ПМСП по отправке напоминаний о профилактических визитах, поиску рисков у отдельных лиц и семей и разработке комплексного плана здравоохранения. Однако из-за нехватки оборудования и возможностей некоторые программы по-прежнему не имели успеха. Кроме того, программы раннего выявления не описывают схему поощрения по результатам работы или другие методы привлечения заинтересованных сторон к ответственности за результаты в области здравоохранения или качества ухода.

Большинство стран Латинской Америки следуют рекомендациям ВОЗ по скринингу хронических заболеваний¹⁴.

5.7. ОПЫТ РОССИИ

В России задача обеспечения охвата всех граждан страны профилактическими осмотрами является важной частью Национального проекта «Здравоохранение», стартовавшего в 2019 г. Всеобщую диспансеризацию населения начали проводить в РФ с 2013 г., и, по информации Министерства здравоохранения, за этот период профосмотры прошли 87 млн человек.

В России скрининг хронических неинфекционных заболеваний осуществляется в рамках национальных профилактических осмотров и диспансеризации населения и включает измерение артериального давления, определение уровня холестерина и глюкозы в крови, определение относительного и абсолютного сердечно-сосудистого риска, ЭКГ в покое.

Подход России к скринингам состоит не в проведении отдельных программ, а во включении скрининг-тестов, соответствующих возрасту, полу и характеристикам каждого человека, в регулярные медосмотры, которые осуществляются для всего населения.

¹⁴ Скрининг и раннее выявление заболеваний. URL: https://www.oecd-ilibrary.org/sites/743e6228-en/1/3/5/index.html?itemId=/content/publication/743e6228-en&csp_=ed82d6392b70443876e9a252db1ab8a2&itemIGO=oecd&itemContentType=book#section-d1e12268-c8db19e4df

Такой подход к скринингу имеет свои преимущества и недостатки. Недостатком является то, что эффективное обеспечение качества может быть затруднительно для каждого теста, который является частью комплексного осмотра¹⁵.

С 2006 г. в России в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России «О массовом обследовании новорожденных детей на наследственные заболевания»¹⁶ проводят неонатальный скрининг на 5 наследственных заболеваний: ФКУ; муковисцидоз; галактоземия; АГС; врожденный гипотиреоз.

С 2023 г. неонатальный скрининг в России будет проводиться по 36 заболеваниям вместо пяти. В скрининг будут включены первичные иммунодефицитные состояния. Это гетерогенная группа из более чем 400 заболеваний, вызванных дефектами различных звеньев иммунной системы, которые клинически чаще всего проявляются в виде рецидивирующих инфекционных и аутоиммунных заболеваний разной степени тяжести и злокачественных новообразований.

Для привлечения молодого трудоспособного населения и мотивирования его к полному прохождению профилактического осмотра – диспансеризации необходимы организационные подходы, направленные в первую очередь на обеспечение удобства прохождения осмотров и увеличение мотивации к ведению здорового образа жизни, а также коррекцию уже имеющихся факторов риска.

Профилактика, улучшение здоровья населения – это непрерывный процесс. В Москве он базируется на крепкой сети организаций медицинской профилактики, которую составляют Центр медицинской профилактики Департамента здравоохранения города Москвы и центры здоровья при городских поликлиниках и отделения (кабинеты) медицинской профилактики.

Чтобы привлечь пациента к сохранению его собственного здоровья, требуются изменения в работе отделений медицинской профилактики и других подразделений поликлиники. Для этого планируется разработка методологии прохождения не только первого, но и второго этапа диспансеризации, который предполагает возможность пройти назначенные дополнительные исследования одним днем и в удобное для работающего человека время.

Непрерывное обучение сотрудников отделений или кабинетов медицинской профилактики эффективным методикам общения с пациентами в очном и дистанционном формате позволит мотивировать молодое население к регулярному и полному прохождению диспансеризации и повысить их приверженность к ведению здорового образа жизни. Необходимо учитывать показатели результативности проведения профилактических осмотров при оценке эффективности деятельности терапевтических отделений и отделений медицинской профилактики, в том числе с формированием публичного рейтинга медицинских организаций [65].

В Москве кроме диспансеризации, проводимой в рамках федеральной программы, населению предлагается достаточно большой перечень дополнительных услуг в сфере здравоохранения.

Профилактический медицинский осмотр проводится ежегодно: в качестве самостоятельного мероприятия, в рамках диспансеризации, в рамках диспансерного наблюдения. Сам профилактический медицинский осмотр включает в себя такие процессы, как анкетирование, расчет на основании антропометрии (измерение роста, массы тела, окружности талии) индекса массы тела, измерение артериального давления на периферических артериях, исследование уровня общего

15 Европейская конференция ВОЗ по вопросам скрининга. URL: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/458550/meeting-report-screening-conference-rus.pdf

16 О массовом обследовании новорожденных детей на наследственные заболевания: приказ Минздравсоцразвития РФ № 185 от 22 марта 2006 г. // 2022. – URL: <http://www.consultant.ru>

холестерина в крови, определение уровня глюкозы в крови натощак для граждан в возрасте, определение относительного сердечно-сосудистого риска, определение абсолютного сердечно-сосудистого риска и т. д.

С весны по осень 2022 г. в столичных парках и скверах вели работу 46 павильонов «Здоровая Москва», в которых можно было ежедневно пройти профилактическое обследование без предварительной записи. В павильонах реализовывалось проведение базового профилактического обследования (для граждан, не болевших новой коронавирусной инфекцией, но желающих пройти профилактическое обследование) и проведение расширенного профилактического обследования (для граждан, перенесших новую коронавирусную инфекцию COVID-19).

Если по результатам лабораторных или инструментальных исследований, а также в ходе осмотра врач находил отклонения, то назначал дополнительные обследования. Их проводили прямо в павильоне, но могли направить и к профильным специалистам, в том числе в центры амбулаторной онкологической помощи. При наличии отклонений пациентов консультировал врач Телемедицинского центра, который при необходимости назначал дополнительные исследования и консультации.

Расширенная программа включала в себя более 10 исследований. Она была направлена на выявление сахарного диабета, сердечно-сосудистых заболеваний, заболеваний дыхательной системы и др.

Москвичи, переболевшие COVID-19, при условии, что с момента выздоровления прошло более 60 дней, могли пройти ряд дополнительных исследований¹⁷.

В столице предоставление онкологической помощи происходит в соответствии с одноименным московским стандартом, который был утвержден в 2019 г. На сегодняшний день на базе крупнейших городских стационаров организовано шесть многопрофильных онкологических центров (стационар, патоморфологическая лаборатория, центры амбулаторной онкологической помощи) с полным спектром клинических возможностей: диагностикой, хирургическим лечением, лекарственной терапией, диспансерным наблюдением и другими.

С февраля 2021 г. в Москве проводится научное исследование генетических мутаций у больных со впервые выявленными злокачественными новообразованиями молочной железы, яичников и колоректальным раком. В него также включены родственники пациентов, у которых по результатам онкогенетического теста выявлен наследственный опухолевый синдром. В исследовании участвуют шесть онкологических центров, результатом исследований станет разработка системы профилактического наблюдения пациентов и их родственников с целью ранней диагностики онкологических заболеваний, обусловленных наследственностью^{18,19}.

В Москве планируется работать по онкоскринингу с целевыми группами населения: пациентами с предраковыми заболеваниями, людьми с онкологическими заболеваниями в семейном анамнезе, жителями определенной возрастной группы риска возникновения новообразований. С 2021 г. поликлиники активно приглашают горожан из данных групп в эндоскопические центры на гастро- и колоноскопию для раннего выявления новообразований органов пищеварения.

17 Пройти чекап в павильонах «Здоровая Москва» можно еще быстрее, если заполнить анкету онлайн. Официальный сайт Мэра Москвы. – 2022. – 27 мая. – URL: https://www.mos.ru/news/item/107310073/?utm_source=search&utm_term=serp

18 Сергей Собянин поручил продолжить разработку системы профилактического наблюдения пациентов с риском наследственного заболевания онкологией. Официальный сайт Мэра Москвы. – 2022. – 26 мая. – URL: https://www.mos.ru/mayor/themes/18299/8340050/?utm_source=search&utm_term=serp

19 «Персональный помощник»: проект по сопровождению онкобольных работает больше года. Официальный сайт Мэра Москвы. – 2022. – 19 апреля. – URL: https://www.mos.ru/news/item/105421073/?utm_source=search&utm_term=serp

Также для пациентов с подозрением на наличие опухоли разработан оптимальный набор исследований по 6 видам заболеваний, который позволит в кратчайшие сроки подтвердить или исключить болезнь. Такая работа ведется совместно с профессиональным сообществом и опорой на мировой опыт.

В рамках скрининга ССЗ проводятся следующие процедуры: анкетирование; измерение артериального давления (АД); электрокардиография (ЭКГ); определение холестерина (ХС) (экспресс).

При выявлении отклонений назначаются следующие процедуры: эхокардиография (ЭхоКГ), анализ на липидный спектр, суточный мониторинг ЭКГ (Холтер), суточный мониторинг артериального давления (СМАД), консультация врача-кардиолога²⁰.

В рамках пилотного проекта по кардиомониторингу в 11 московских городских поликлиниках установили специальные кардиокресла, с помощью которых любой посетитель медицинской организации может сделать электрокардиограмму всего за одну минуту. Такой массовый скрининг помогает выявлять нарушения сердечного ритма без дополнительных визитов к врачу.

Данный скрининг позволяет выявлять отклонения, в частности фибрилляцию предсердий. Кардиокресла не заменяют приема кардиолога, но помогают быстро оценить фактическое состояние перед визитом. Они также позволяют пройти диагностику сердца тем, кто приходит в поликлинику к другим специалистам и может не подозревать о кардиологических проблемах.

Ранее подобные кардиокресла установили в 25 центрах госуслуг «Мои документы». Обследование уже прошли десятки тысяч москвичей. С помощью кардиокресел можно выявить мерцательную аритмию. Она является фактором, повышающим риск возникновения инсульта в пять-шесть раз и сердечной недостаточности – в три раза. Пилотный проект по кардиомониторингу реализует Московский центр инновационных технологий в здравоохранении совместно с российской компанией по производству высокотехнологичных приборов измерения показателей работы сердца. Данные с результатами ЭКГ сохраняются в электронной медицинской карте и доступны пациентам на портале mos.ru и в мобильном приложении ЕМИАС.ИНФО²¹.

Список заболеваний, диагностируемых в Москве при неонатальном скрининге, расширен до 11 пунктов. В соответствии с приказом Департамента здравоохранения города Москвы от 26 декабря 2017 г. № 935 в столичных родильных домах неонатальный скрининг включает диагностику дополнительных шести заболеваний из группы органических ацидурий, аминокислотопатий и группы нарушений обмена жирных кислот: глутаровая ацидурия 1-го типа; тирозинемия 1-го типа; лейциноз; метилмалоновая/пропионовая ацидурия; недостаточность биотинидазы; недостаточность ацил-КоАдегидрогеназы среднецепочечных жирных кислот.

20 Диспансеризация // Департамент здравоохранения города Москвы: URL: <https://mosgorzdrav.ru/ru-RU/citizens/lifestyle-new/clinical-examination.html>

21 Теперь проверить здоровье сердца в московских поликлиниках стало еще проще // Департамент здравоохранения города Москвы: 2022. – 15 марта. – URL: <https://mosgorzdrav.ru/ru-RU/news/default/card/6380.html>

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Развитие и эффективность системы здравоохранения, в том числе и ПМСП, считаются одними из ключевых факторов, определяющих состояние здоровья населения.

Трансформация ПМСП заключается в изменениях ее внешних и внутренних процессов. Основная задача, решаемая трансформацией первичного звена: повышение качества и доступности медицинской помощи, которая позволит достичь всеобщего охвата населения услугами здравоохранения.

Внедрение современных моделей оказания медицинской помощи является приоритетной задачей, решение которой позволит снизить показатели смертности, текучесть кадров, повысить эффективность труда в сфере охраны здоровья [66].

Модели включают в себя несколько подходов: пациентоориентированный, комплексный, мультидисциплинарный, проактивный. Наблюдается рост значимости качественного предоставления медицинских услуг, что в современном мировом сообществе напрямую зависит от эффективного поиска и реализации инновационных моделей и технологий в системе оказания ПМСП.

На сегодняшний день в организации систем ПМСП наблюдают основные тренды, такие как превентивность, цифровизация, оптимизация ресурсов, командная работа, а также расширение функционала персонала со средним медицинским образованием и административных сотрудников.

ЛИТЕРАТУРА

1. Starfield B. Measuring the attainment of primary care. *Journal of Medical Education* 54 (5): p 361-9, May 1979.
2. Stange K. C., Miller W. L., Etz R. S. The Role of Primary Care in Improving Population Health. *Milbank Q.* 2023 Apr;101(S1):795-840. doi: 10.1111/1468-0009.12638
3. Gassner L., Zechmeister-Koss I., Reinsperger I. National Strategies for Preventing and Managing Non-communicable Diseases in Selected Countries. *Front Public Health.* 2022; (10): 838051. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.838051>
4. Budreviciute A., Damiati S., Sabir D. K., Onder K., Schuller-Goetzburg P., Plakys G., Katileviciute A., Khoja S., Kodzius R. Management and Prevention Strategies for Non-communicable Diseases (NCDs) and Their Risk Factors. *Front Public Health.* 2020; (8): 574111. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.574111>
5. Prynne J. E., Kuper H. Perspectives on Disability and Non-Communicable Diseases in Low- and Middle-Income Countries, with a Focus on Stroke and Dementia. *Int J Environ Res Public Health.* 2019; 16 (18): 3488 <https://doi.org/10.3390/ijerph16183488>
6. Ларина В. Н., Глибко К. В., Аракелов С. Э., Касаева Д. А. Мультиморбидность и факторы риска хронических заболеваний у медицинских работников многопрофильной городской клинической больницы. *Международный журнал сердца и сосудистых заболеваний.* 2020; 25 (8): 26-37.
7. Kroenke K., Corrigan J. D., Ralston R. K. et al. Effectiveness of care models for chronic disease management: A scoping review of systematic reviews. *PM R.* 2024;16(2):174-189. doi:10.1002/pmrj.13027
8. Rawaf S. A proactive general practice: Integrating public health into primary care. *London journal of primary care.* 2018; 10(2), 17–18. <https://doi.org/10.1080/17571472.2018.1445946>
9. Ciliska D., Ehrlich A., DeGuzman A. Public health and primary care challenges and strategies for collaboration. A report. Ontario: McMaster University, 2005
10. Boehmer K. R., Abu Dabrh A. M., Gionfriddo M. R. et al. Does the chronic care model meet the emerging needs of people living with multimorbidity? A systematic review and thematic synthesis. *PLOS ONE.* 2018; 13(2): e0190852. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190852>
11. Cottrell E., Yardley S. Lived experiences of multimorbidity: An interpretative meta-synthesis of patients', general practitioners' and trainees' perceptions. *Chronic Illness.* 2015;11(4):279-303. <https://doi.org/10.1177/1742395315574764>
12. Leining M. G., Zhou X., Yenokyan G. et al. Programa de diabetes: improving diabetes care for undocumented immigrants using the Chronic Care Model at a free community clinic. *Acta Diabetol.* 2023;60(7):963-969. doi:10.1007/s00592-023-02084-1
13. Akman M., Ayhan Başer D., Usanma Koban B. et al. Organization of primary care. *Prim Health Care Res Dev.* 2022;23:e49. Published 2022 Sep 1. doi:10.1017/S1463423622000275

14. Nunes Oliveira C., Galvão Oliveira M., Wildes Amorim W. et al. Physicians' and nurses' perspective on chronic disease care practices in Primary Health Care in Brazil: a qualitative study. *BMC Health Serv.* 2022; 22 (1): 673. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08078-z>
15. Leon N., Xu H. Implementation considerations for non-communicable disease-related integration in primary health care: a rapid review of qualitative evidence. *BMC Health Serv.* 2023; 23 (1): 169. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09151-x>
16. Akselrod S., Collins T. E., Hoe C., Seyer J., Tulenko K., Ortenzi F., Berlina D., Sobel H. Building an interdisciplinary workforce for prevention and control of non-communicable diseases: the role of e-learning. *BMJ.* 2023; 23: 381. <https://doi.org/10.1136/bmj-2022-071071>
17. Matthys E., Remmen R., Van Bogaert P. An overview of systematic reviews on the collaboration between physicians and nurses and the impact on patient outcomes: what can we learn in primary care? *BMC Fam. Pract.* 2017; 18 (1): 110. <https://doi.org/10.1186/s12875-017-0698-x>
18. Karla Schroeder, Karl Lorenz. Palliative Medicine and Geriatrics, Patient Care Services, Stanford Health Care, 2VA Palo Alto-Stanford Palliative Care. Programs, CA, USA. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing.* Volume 5. Issue 1 January-March 2018.
19. Dorans K. S., Mills K. T., Liu Y., He J. Trends in Prevalence and Control of Hypertension According to the 2017 American College of Cardiology/American Heart Association (ACC/AHA) Guideline. *J Am Heart Assoc.* 2018; 7 (11): e008888. <https://doi.org/10.1161/JAHA.118.008888>
20. Akindede M. O., Useh U. Multimorbidity of chronic diseases of lifestyle among South African adults. *Pan Afr Med J.* 2021; 38:332
21. Overwyk K. J., Dehmer S. P., Roy K., Maciosek M. V., Hong Y., Baker-Goering M. M., Loustalot F., Singleton C. M., Ritchey M. D. Modeling the Health and Budgetary Impacts of a Team-based Hypertension Care Intervention That Includes Pharmacists. *Med Care.* 2019; 57 (11): 882-889. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001213>
22. Li H., Radhakrishnan J. A pharmacist-physician collaborative care model in chronic kidney disease. *J Clin Hypertens (Greenwich).* 2021; 23 (11): 2026-2029. <https://doi.org/10.1111/jch.14372>
23. Peckens S., Adelman M. M., Ashcraft A. M., Xiang J., Sheppard B., King D. E. Improving Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) Symptoms Using a Team-Based Approach. *J Am Board Fam Med.* 2020; 33 (6): 978-985. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2020.06.200176>
24. Kerr H., Donovan M. and McSorley O. (2021), Evaluation of the role of the clinical Nurse Specialist in cancer care: an integrative literature review. *Eur J Cancer Care*, 30: e13415. <https://doi.org/10.1111/ecc.13415>
25. Taberna Miren, Gil Moncayo Francisco, Jané-Salas Enric, Antonio Maite, Arribas Lorena, Vilajosana Esther, Peralvez Torres Elisabet, Mesía Ricard. The Multidisciplinary Team (MDT) Approach and Quality of Care. *Frontiers in Oncology.* VOL.10. 2020. URL=<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fonc.2020.00085>
26. Kringos D., Boerma W., Bourgueil Y., Cartier T., Dedeu T., Hasvold T., Hutchinson A., Lember M., Oleszczyk M., Rotar Pavlic D., Svab I., Tedeschi P., Wilm S., Wilson A., Windak A., Van der Zee J., Groenewegen P. The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *Br J Gen Pract.* 2013 Nov;63(616):e742-50. doi: 10.3399/bjgp13X674422

27. Dedeu T., Bolibar B., Gené J. et al. Spain. In: Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A. et al., editors. Building primary care in a changing Europe: Case studies. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2015. (Observatory Studies Series, No. 40.) 27.
28. Hu P.L., Tan C.Y., Nguyen N.H.L., Wu R.R., Bahadin J., Nadkarni N.V., Tan N.C.I. Integrated care teams in primary care improve clinical outcomes and care processes in patients with non-communicable diseases. Singapore Medical Journal. 2023; 64 (7): 423-429. <https://doi.org/10.1186/s12875-017-0698-x>
29. Jenssen T., Kristensen B., Uglenes I., Larsen L. S., Allgot B. Primary healthcare teams with a diabetes nurse is a solution. Primærhelseteam med diabetessykepleier er en løsning. Tidsskr Nor Laegeforen. 2021;141(5):10.4045/tidsskr.20.0999. Published 2021 Mar 22. doi:10.4045/tidsskr.20.0999
30. Аксенова Е. И. Организация работы междисциплинарных команд в первичном звене здравоохранения / Е. И. Аксенова // Московская медицина. – 2023. – № 1(53). – С. 34-41.
31. Idris H., Nugraheni W. P., Rachmawati T. et al. How Is Telehealth Currently Being Utilized to Help in Hypertension Management within Primary Healthcare Settings? A Scoping Review. Int J Environ Res Public Health. 2024;21(1):90. Published 2024 Jan 12. doi:10.3390/ijerph21010090
32. Eriksson P., Hammar T., Lagrosen S., Nilsson E. Digital consultation in primary healthcare: the effects on access, efficiency and patient safety based on provider experience; a qualitative study. Scand J Prim Health Care. 2022;40(4):498-506. doi:10.1080/02813432.2022.2159200
33. Vestjens L., Cramm J. M., Birnie E., Nieboer A. P. Cost-effectiveness of a proactive, integrated primary care approach for community-dwelling frail older persons. Cost Eff Resour Alloc. 2019;17:14. Published 2019 Jul 9. doi:10.1186/s12962-019-0181-8
34. Старшинин А. В., Кучерявых Е. С., Гавриленко О. Ф. и др. Эволюция проактивного диспансерного наблюдения в системе московского здравоохранения. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023; 31(2):255-263. <https://doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-2-255-263>
35. Шапошников В. И. Экономическое значение профилактики травматизма // Научное обозрение. Медицинские науки. – 2017. – № 5. – С. 65-73
36. Shanthakumar D., Payne A., Leitch T., Alfa-Wali M. Trauma Care in Low- and Middle-Income Countries. Surg J (N Y). 2021;7(4):e281-e285. Published 2021 Oct 22. doi:10.1055/s-0041-1732351
37. Frostick E., Johnson C. Pre-hospital emergency medicine and the trauma intensive care unit. J Intensive Care Soc. 2019 Aug;20(3):242-247. doi: 10.1177/1751143718783601. Epub 2018 Jun 28.
38. Zhong X. M., Wen X. H., Ji C. H., Fei X. Z., Zhao X. G. A temporary-sustainable team: A new multidisciplinary team model for severe trauma. Chin J Traumatol. 2020 Dec;23(6):363-366. doi: 10.1016/j.cjtee.2020.09.007
39. David J. S., Bouzat P., Raux M. Evolution and organisation of trauma systems. Anaesth Crit Care Pain Med. 2019 Apr;38(2):161-167. doi: 10.1016/j.accpm.2018.01.00
40. Baier N., Geissler A., Bech M., Bernstein D., Cowling T. E., Jackson T., van Manen J., Rudkjøbing A., Quentin W. Emergency and urgent care systems in Australia, Denmark, England, France, Germany and the Netherlands - Analyzing organization, payment and reforms. Health Policy. 2019 Jan;123(1):1-10. doi: 10.1016/j.healthpol.2018.11.001

41. Gauss T., Balandraud P., Frandon J., Abba J., Ageron F. X., Albaladejo P., Arvieux C., Barbois S., Bijok B., Bobbia X., Charbit J., Cook F., David J. S., Maurice G. S., Duranteau J., Garrigue D., Gay E., Geeraerts T., Ghelfi J., Hamada S., Harrois A., Kobeiter H., Leone M., Levrat A., Mirek S., Nadji A., Paugam-Burtz C., Payen J. F., Perbet S., Pirracchio R., Plenier I., Pottecher J., Rigal S., Riou B., Savary D., Secheresse T., Tazarourte K., Thony F., Tonetti J., Tresallet C., Wey P. F., Picard J., Bouzat P. Groupe d'intérêt en traumatologie grave (GITE). Strategic proposal for a national trauma system in France. *Anaesth Crit Care Pain Med.* 2019 Apr;38(2):121-130. doi: 10.1016/j.accpm.2018.05.005. Epub 2018 May 29
42. Masmеjean E. H., Faye A., Alnot J. Y., Mignon A. F. Trauma care systems in France. *Injury.* 2003 Sep;34(9):669-73. doi: 10.1016/s0020-1383(03)00146-3
43. Карайланов М. Г. и др. Рациональное использование стационарозамещающих технологий при оказании первичной медико-санитарной помощи // Медицина и организация здравоохранения. 2018. Т. 3, № 2. С. 31–38.
44. Page J. et al. Participation in Hospital in the Home for Patients in Inner Metropolitan Sydney: Implications for Access and Equity // *Australian Health Review.* 2018. Vol. 42. P. 557–562. DOI: <https://doi.org/10.1071/AH18117>
45. Marsh N. et al. Management of Hospital In The Home (HITH) Peripherally Inserted Central Catheters: A Retrospective Cohort Study // *Home Health Care Management & Practice.* 2020. Vol. 32, No. 1. P. 34–39.
46. Hecimovic A., Matijasevic V., Frost S. A. Characteristics and Outcomes of Patients Receiving Hospital at Home Services in the South West of Sydney // *BMC Health Serv Res.* 2020. Vol. 20, No. 1. P. 1090. DOI: 10.1186/s12913-020-05941-9
47. Franzin-Garrec M. Continuité des soins hospitaliers à domicile [Continuity of hospital care at home] // *Soins.* 2022. Vol. 67, No. 864. P. 25–26. DOI: 10.1016/j.soin.2022.03.006.
48. Cordero-Guevara J. A. et al. Factors Associated with the Workload of Health Professionals in Hospital at Home: A Systematic Review // *BMC Health Serv Res.* 2022. Vol. 22. P. 704. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08100-4>
49. Llorens P. et al. An Integrated Emergency Department/Hospital at Home Model in Mild COVID-19 Pneumonia: Feasibility and Outcomes After Discharge from the Emergency Department // *Intern Emerg Med.* 2021. Vol. 16, No. 6. P. 1673–1682. DOI: 10.1007/s11739-021-02661-8
50. Мерекина М. Д. и др. Стационарозамещающие формы работы как резерв здоровьесбережения // Менеджер здравоохранения. 2021. № 7. С. 57–65. DOI: 10.21045/1811-0185-2021-7-57-65
51. Van Til J. A., Groothuis-Oudshoorn CGM, Vlasblom E., Kocken P. L., Boere-Boonekamp M. M. Primary care in five European countries: A citizens' perspective on the quality of care for children. *PLoS One.* 2019;14(11):e0224550. Published 2019 Nov 11. doi:10.1371/journal.pone.0224550
52. Gill P. J., Thompson M. J. Child health care in general practice: priorities for education and practice. *Br J Gen Pract.* 2015;65(633):e207-e208. doi:10.3399/bjgp15X684253
53. Newham J. J., Forman J., Heys M. et al. Children and Young People's Health Partnership (CYPHP) Evelina London model of care: protocol for an opportunistic cluster randomised controlled trial (cRCT) to assess child health outcomes, healthcare quality and health service use. *BMJ Open.* 2019;9(8):e027301. Published 2019 Sep 3. doi:10.1136/bmjopen-2018-027301

54. Zuccotti G., Calcaterra V., Foppiani A. Present and future of telemedicine for pediatric care: an Italian regional experience. *Ital J Pediatr.* 2023;49(1):10. Published 2023 Jan 17. doi:10.1186/s13052-023-01408-9
55. Carroll K., Adams J., de Valle K., Forbes R., Kennedy R. A., Kornberg A. J., Vandeleur M., Villano D., Woodcock I. R., Yiu E. M., Ryan M. M., Davidson Z. Delivering multidisciplinary neuromuscular care for children via telehealth. *Muscle Nerve.* 2022 Jul;66(1):31-38. doi: 10.1002/mus.27557.
56. Ray K. N., Shi Z., Ganguli I., Rao A., Orav E. J., Mehrotra A. Trends in Pediatric Primary Care Visits Among Commercially Insured US Children, 2008-2016. *JAMA Pediatr.* 2020;174(4):350-357. doi:10.1001/jamapediatrics.2019.5509
57. Han B., Chen P. G., Yu H. Access to after-hours primary care: a key determinant of children's medical home status. *BMC Health Serv Res.* 2021 Feb 27;21(1):185. doi: 10.1186/s12913-021-06192-y
58. Региональная модель организации оказания профилактической медицинской помощи детскому населению (на примере Республики Татарстан) / Р. Ф. Шавалиев, В. Ю. Альбицкий, А. В. Шулаев, А. И. Зиатдинов // Вопросы современной педиатрии. – 2021. – Т. 20, № 6. – С. 536-541. – DOI 10.15690/vsp.v20i6.2361. – EDN ONCPOY
59. Thorner R. M. et al. Principles and procedures in the evaluation of screening for disease // Principles and Procedures in the Evaluation of Screening for Disease. – 1961. – №. 846.
60. Lee Y., Kim E., Lee D. Comparative Study on the National Health Screening Programs according to the Health Insurance System // Health Policy and Management. – 2021. – Т. 31. – №. 3. – С. 272-279.
61. Lee Y., Kim E., Lee D. Comparative Study on the National Health Screening Programs according to the Health Insurance System // Health Policy and Management. – 2021. – Т. 31. – №. 3. – С. 272-279.
62. Скрининг: терминология, принципы и международный опыт / О. А. Драпкина, И. В. Самородская. – М.: ВИДокс, 2019. – 144 с.
63. Байжолова Р. А., Омирбаева Б. С. Сравнительный анализ систем здравоохранения Казахстана и Южной Кореи, основанный на глобальном индексе конкурентоспособности. Вестник Карагандинского университета. Серия: экономика. Астана, Казахстан, 2018.
64. Модернизация первичной медико-санитарной помощи в Москве // Журнал «Московская медицина» № 1 (53) 2023.
65. Безымянный А. С. Проекты по совершенствованию первичной медико-санитарной помощи в Москве как основа для выбора научных направлений специалистов первичного звена / А. С. Безымянный, А. А. Тяжелников, А. В. Юмукян // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2022. – № S2. – С. 23-39. – DOI 10.24412/2312-2935-2022-2-23-39

Научное электронное издание

Аксенова Елена Ивановна, **Камынина** Наталья Николаевна,
Старшинин Андрей Викторович и др.

МОДЕЛИ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Корректор И. Д. Баринская

Дизайнер-верстальщик П. В. Жеребцов

Объем данных 2 МБ

Дата подписания к использованию: 31.07.2024

URL: <https://niioz.ru/moskovskaya-meditsina/izdaniya-nii/monografii/>

ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»,
115088, г. Москва, ул. Шарикоподшипниковская, д. 9
Тел.: +7 (495) 530-12-89
Электронная почта: niiozmm@zdrav.mos.ru



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА

**ДВИГАЕМ НАУКУ
ВПЕРЕД!**



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА



МОСКВА
2024