

Кобякова О. С.¹, Деев И. А.¹, Ходакова О. В.¹, Дударева В. А.²

ВЫЗОВ ВРАЧА НА ДОМ: КАКОЙ МОЖЕТ БЫТЬ ОПТИМАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ? (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

¹ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, 127254, г. Москва;²ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России, 672000, г. Чита

Первичная медико-санитарная помощь во всех странах представляет наиболее массовый сегмент оказания медицинской помощи и обеспечивает профилактику, раннее выявление и лечение заболеваний, динамическое наблюдение за лицами, имеющими хронические заболевания, и медицинскую реабилитацию. Во всем мире фиксируется дефицит медицинских кадров, преимущественно в первичном звене. Пандемия новой коронавирусной инфекции усугубила эту проблему и послужила катализатором для поиска новых организационных решений, направленных на повышение доступности первичной медико-санитарной помощи в условиях сохраняющейся кадровой ситуации. Одним из механизмов решения этой проблемы может стать пересмотр моделей оказания медицинской помощи на дому.

Проведенный обзор литературы позволил выделить пять вариантов оказания первичной медико-санитарной помощи на дому в различных системах здравоохранения с учетом следующих критериев: исполнитель (врач/средний медицинский персонал), способ оплаты визита медицинского персонала, кратность посещения пациента в неделю.

Отмечено отсутствие единого подхода к организации оказания медицинской помощи на дому и необходимости поиска оптимальной организационной модели первичной медико-санитарной помощи, позволяющей повысить доступность наиболее востребованного вида медицинской помощи и обеспечить рациональное использование кадрового ресурса на уровне первичного звена, в том числе в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции.

К л ю ч е в ы е с л о в а: первичная медико-санитарная помощь; оказание медицинской помощи на дому.

Для цитирования: Кобякова О. С., Деев И. А., Ходакова О. В., Дударева В. А. Вызов врача на дом: какой может быть оптимальная модель? (обзор литературы). Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2022;30(4):648–655. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-4-648-655>

Для корреспонденции: Дударева Виктория Андреевна, ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения и экономики здравоохранения ФГБОУ ВО ЧГМА Минздрава России, e-mail: dudareva_viktoriya@inbox.ru

Kobyakova O. S.¹, Deev I. A.¹, Khodakova O. V.¹, Dudareva V. A.²

THE CALLING A DOCTOR IN: WHAT AN OPTIMAL MODEL CAN BE? (PUBLICATIONS REVIEW)

¹The Federal State Budget Institution “The Central Research Institute for Health Organization and Informatics” of Minzdrav of Russia, 127254, Moscow, Russia;²The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Chita State Medical Academy” of Minzdrav of Russia, 672000, Chita, Russia

The primary health care represent the most common segment of medical care in many countries and provides prevention and treatment of diseases, dynamic monitoring of patients with chronic diseases and medical rehabilitation. There is substantial shortage of health personnel to meet health needs all over the world, especially in primary health care. The COVID-19 pandemic exacerbated this problem. It changed workload in primary health care and demonstrated need for new organizational solutions to increase access to primary health care.

One of the new transformations in general practice can be redistribution of medical work in primary health care. In this research, five options for organizational models of primary home care were identified. We used “performer (doctor / nurse)”, “payment method for the home visit”, “frequency of patient visits per week” as indices.

There is lack of unified approach in the way how home visits are organized so optimal organizational model of primary home medical care is needed. This will increase access of most demanded type of medical care and ensure rational use of human resources at the primary health care level, especially during COVID-19 pandemic.

К e y w o r d s: primary health care; home medical care; physician; home visit.

For citation: Kobyakova O. S., Deev I. A., Khodakova O. V., Dudareva V. A. The calling a doctor in: what an optimal model can be? (publications review). *Problemi socialnoi gigieni, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2022;30(4):648–655 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-4-648-655>

For correspondence: Dudareva V. A., the Assistant of the Chair of Public Health, Health Care and Health Care Economics of the Federal State Budget Educational Institution of Higher Education “The Chita State Medical Academy” of Minzdrav of Russia. e-mail: dudareva_viktoriya@inbox.ru

Conflict of interests. The authors declare absence of conflict of interests.

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 08.02.2022

Accepted 26.04.2022

Введение

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) во всем мире представляет собой наиболее массовый сегмент оказания медицинской помощи и обеспечивает профилактику, раннее выявление и лечение заболеваний, динамическое наблюдение за ли-

цами, имеющими хронические заболевания, а также медицинскую реабилитацию. Совершенствование организации оказания ПМСП является, по определению Всемирной организации здравоохранения, одной из первостепенных задач, в решении которой должно участвовать все мировое сообщество [1].

Реформы здравоохранения

В соответствии с принятой в 2018 г. Астанинской декларацией, ПМСП имеет важное социальное значение в рамках национальных политик государств по обеспечению здоровья и благополучия населения [2]. Основным сдерживающим фактором полноценного развития данного вида помощи является дефицит медицинских работников в первичном звене [3]. В большей или меньшей степени, но он характерен для всех систем здравоохранения и обуславливает проблемы доступности и удовлетворенности населения оказанными медицинскими услугами. Так, по данным Global Health Workforce Alliance and World Health Organization, дефицит медицинских кадров в мире составляет 7,2 млн человек; по прогнозам ВОЗ, значение данного показателя будет неуклонно расти и к 2035 г. достигнет 12,9 млн человек (темп роста +79,2%). В Российской Федерации в 2020 г. дефицит медицинских кадров составил 21,1 тыс. врачей и 121,8 тыс. средних медицинских работников, преимущественно в первичном звене [4].

В течение 2020—2021 гг. сохраняющаяся сложная эпидемиологическая ситуация, обусловленная пандемией новой коронавирусной инфекции (COVID-19), оказала серьезное негативное влияние на все стороны общественно-политической жизни, в том числе привела к существенному изменению функционирования системы здравоохранения [5]. В настоящее время до 80% пациентов с установленным диагнозом коронавирусной инфекции получают лечение в амбулаторных условиях в медицинских организациях государственной системы здравоохранения, оказывающих ПМСП, что составляет в среднем до 600 тыс. человек ежедневно. Масштабное развертывание профильных коек для лечения тяжелых случаев новой коронавирусной инфекции (COVID-19) определило необходимость привлечения дополнительных медицинских кадров и повлекло перераспределение врачей и средних медицинских работников из первичного звена в ковидгоспитали для оказания специализированной медицинской помощи населению, что еще более усугубило ситуацию дефицита врачебных кадров на уровне поликлиник [6].

При этом порядок организации медицинской помощи, объем функциональных обязанностей врачей участковой службы на приеме в медицинской организации и при посещениях пациентов на дому в целом остаются неизменными. Это влечет за собой повышение нагрузки на медицинских работников, появление социальной напряженности в отрасли, снижение качества и ограничение доступности медицинской помощи для населения [7].

В условиях дефицита врачей участковой службы повышение доступности ПМСП может быть достигнуто за счет принципиальных изменений в бизнес-процессах, а также перераспределения функций между медицинским персоналом.

Одной из дискуссионных функций врачей участковой службы, в том числе врачей общей практики (ВОП), является функция врачебного посещения

пациента на дому. Целесообразность и рентабельность использования дорогостоящего времени врача при обслуживании пациента на дому при отсутствии возможности полноценной диагностики и необходимости обследования пациента в дальнейшем в условиях медицинской организации на протяжении ряда лет являются предметом обсуждения организаторов здравоохранения и профессионального сообщества в Российской Федерации [8—10].

В настоящем обзоре рассмотрены вопросы участия врачебного персонала в оказании медицинской помощи на дому в современных реалиях в различных системах здравоохранения мира, представлены решения по рациональному распределению трудовых функций между врачебным и средним медицинским персоналом при оказании ПМСП как наиболее востребованного вида, ориентированного на всеобщий охват услугами здравоохранения независимо от преобладающей организационной модели.

Материалы и методы

Изучение вопросов оказания медицинской помощи пациентам на дому при участии врачебного персонала проведено на основе использования контент-анализа, в рамках которого проведен обзор нормативно-правовых документов, результатов научных исследований отечественных и зарубежных авторов. Объектом исследования явилась система организации ПМСП населению, предметом — организационные подходы к оказанию ПМСП на дому. Поиск источников литературы осуществлен в специализированных научных поисковых системах eLIBRARY.RU, CyberLeninka, National Library of Medicine — PubMed, Medline с использованием ключевых слов: «первичная медико-санитарная помощь при COVID-19», «первичная медицинская помощь на дому», «обязанности врача общей практики, врача участковой службы». Анализ публикаций проведен за период 2000—2021 гг.

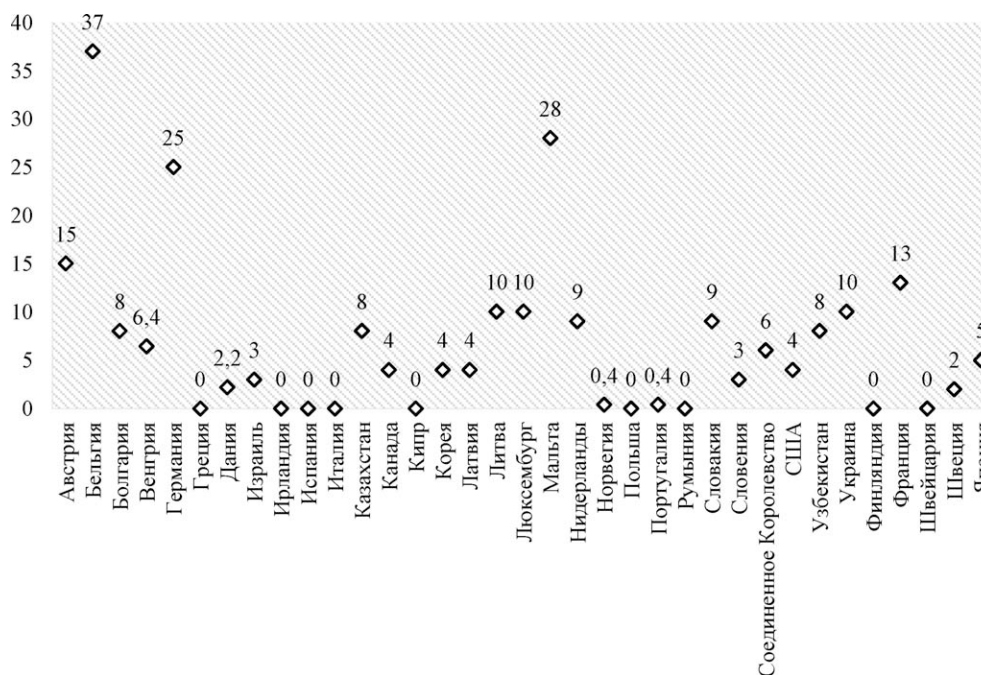
Результаты исследования

Проведенный обзор источников литературы позволил выделить несколько вариантов оказания ПМСП на дому [1, 11, 12], которые различаются по следующим критериям:

- исполнитель (врач/средний медицинский персонал, бригадная форма оказания);
- способ оплаты (за счет средств медицинского страхования/частичная оплата за счет средств медицинского страхования/возмездно, оплата посещения за счет личных средств пациента);
- кратность посещений пациента в неделю.

Исходя из предложенных критериев нами выделено пять подходов к организации оказания ПМСП на дому:

- Оказание ПМСП на дому участковым врачом / ВОП за счет средств медицинского страхования.
- Оказание ПМСП на дому медицинскими бригадами, бригадами средних медицинских ра-



Среднее число визитов ВОП на дом в неделю (в абс. ед.).

ботников за счет средств медицинского страхования.

- Частично возмездное для пациента оказание ПМСП на дому участковым врачом / ВОП, частичная оплата за счет средств медицинского страхования.
- Полностью возмездное для пациента оказание медицинской помощи на дому участковым врачом / ВОП.
- Отсутствие возможности получения медицинской помощи пациентом на дому.

Необходимо отметить, что кратность визитов к пациентам в течение недели в странах Европы имеет выраженную вариабельность. По данным отчета *Building primary care in a changing Europe* [1], самое высокое среднее число посещений ВОП на дому в неделю зарегистрировано в Бельгии, Мальте, Германии и Австрии, а самое низкое — в Португалии, Норвегии, Исландии (см. рисунок). При этом способ оплаты визита врача на дом со стороны пациента определяется типом системы здравоохранения и пакетом услуг, входящих в базовую страховку.

Оказание ПМСП на дому участковым врачом/ВОП за счет средств медицинского страхования

Данный подход к оказанию медицинской помощи на дому представляет собой классический вариант в рамках системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации, а также в ряде европейских государств, реализующих модель всеобщего социального страхования.

В соответствии с действующим Положением об организации оказания ПМСП взрослому населению¹⁴, оказание медицинской помощи на дому является составляющей ПМСП, она оказывается пациенту в полном объеме в рамках территориальных

программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Реализуется врачебным и средним медицинским персоналом преимущественно при острых заболеваниях, сопровождающихся ухудшением состояния здоровья, состояниях, представляющих эпидемиологическую опасность для окружающих, хронических заболеваниях в стадии обострения; заболеваниях беременных женщин и родильниц, осуществлении патронажа детей первого года жизни, при оказании медицинской помощи маломобильным пациентам [13].

Наряду с регламентированным порядком обслуживания пациентов на дому, в ряде субъектов Российской Федерации введены дополнительные региональные нормы, которые конкретизируют сроки и условия оказания медицинской помощи на дому врачами участковой службы [14, 15].

Так, для повышения эффективности и доступности ПМСП населению в Республике Татарстан в соответствии с территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 г. оказание медицинской помощи на дому предусматривает обслуживание вызова участковой службой (врачом-терапевтом участковым, врачом-педиатром участковым, ВОП) в день приема (вызова), а также проведение консультаций врачами-специалистами по назначению участкового врача или ВОП¹⁵.

В Новосибирской области Порядком организации оказания ПМСП в экстренной и неотложной формах¹⁶ также предусмотрено оказание ПМСП на

¹⁴Приказ Минздрава России от 15.05.2012 № 543н (ред. от 21.02.2020) «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».

Реформы здравоохранения

дому при следующих условиях: состояния здоровья, требующие экстренной медицинской помощи и консультации врача, необходимость соблюдения домашнего режима; наблюдение на дому после выписки из стационара, реализация противоэпидемических мероприятий, патронаж детей первого года жизни, наблюдение за детьми с инфекционными заболеваниями.

Для ряда государств Европы привлечение врачей к обслуживанию вызовов пациентов на дому является исторически сложившейся системой.

Так, в Соединенном Королевстве с развитой национальной системой здравоохранения медицинская помощь пациентам на дому осуществляется ВОП в рамках программ всеобщего социального страхования. При этом ВОП осуществляет сортировку пациентов на этапе поступления вызова, анализируя возможность получения медицинской помощи в альтернативных формах: консультации по телефону, направления пациента на плановый прием к специалисту в медицинскую организацию или госпитализации пациента для оказания ему специализированной медицинской помощи. В случае, если данные формы не могут быть реализованы, ВОП осуществляет оказание медицинской помощи на дому в дневное и ночное время. Прямыми показаниями для предоставления ПМСП в домашних условиях являются необходимость оказания медицинской помощи неизлечимо больным пациентам, маломобильным гражданам, а также детям. Помимо этого в функциональные обязанности ВОП входит ежегодный осмотр пациентов, проживающих в домах престарелых. Представленная организационная структура оказания медицинской помощи на дому не имеет аналогичных примеров в Европе [16–18].

В Нидерландах за счет средств обязательного медицинского страхования реализуется уникальная модель оказания медицинской помощи на дому — «модель Бюртзорг» («оказание помощи по соседству»), которая также относится к варианту организации оказания ПМСП пациентам на дому за счет средств медицинского страхования. Модель предусматривает участие в оказании медицинской помощи и врачебного, и среднего медицинского персонала с использованием электронных цифровых сервисов, а также обучение пациента самопомощи для повышения его независимости. Кроме того, элементом модели является интеграция медицинской помощи на дому с набором социальных услуг, а также других формальных и неформальных видов поддержки, направленных на повышение качества ме-

дицинских услуг с учетом потребностей населения [1, 2].

Оказание ПМСП на дому медицинскими бригадами, бригадами средних медицинских работников за счет средств медицинского страхования

Данный подход получил распространение на территории стран бывшего СНГ (Украина, Казахстан, Узбекистан) в рамках программ всеобщего социального страхования [1, 2, 19, 20]. Действующие в настоящее время модели оказания медицинской помощи предполагают распределение функциональных обязанностей между врачом, средним медицинским и немедицинским персоналом, входящим в состав мультидисциплинарной команды.

В Республике Казахстан помощниками врача, помимо среднего медицинского персонала, выступают медицинский психолог и социальный работник, которые участвуют и в оказании медицинской помощи пациентам на дому.

В Республике Узбекистан ПМСП на дому оказывает медицинская бригада, состоящая из семейного врача и среднего медицинского персонала. Бригада обеспечивает оказание первичной и специализированной медицинской помощи, в том числе на дому, при этом возрастной охват включает детское и взрослое население, проживающее в зоне обслуживания. Оплата визитов осуществляется за счет средств государства в рамках программы социального страхования [19, 20].

В Российской Федерации в условиях сохраняющегося дефицита врачебных кадров, особенно выработанного на этапе первичного звена [4], в ряде регионов введены организационные технологии, позволяющие за счет принципиального изменения бизнес-процессов повысить эффективность оказания ПМСП, в том числе на дому, за счет перераспределения функций медицинского персонала и введения должностей немедицинского персонала [12, 14].

Интересным представляется опыт системы здравоохранения г. Москвы, свидетельствующий о достаточно высокой эффективности и повышении доступности ПМСП для обслуживаемого населения при закреплении специализированных функций за отдельными специалистами участковой службы. Методическими рекомендациями по реализации проекта «Московский стандарт поликлиники» предусмотрен комплекс мероприятий по повышению эффективности работы медицинской организации¹⁷. Указанным нормативным актом предусмотрено создание на базе поликлиник отделений медицинской помощи взрослому населению на дому, определены функциональные обязанности врача, оказывающего медицинскую помощь взрослому населению на дому, а также функциональные обязанности медицинской сестры и фельдшера, оказываю-

¹⁵ Постановление Кабинета Министров Республики Татарстан от 30.12.2020 № 1239 «Об утверждении Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Республики Татарстан на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов».

¹⁶ Приказ Минздрава Новосибирской области от 14.12.2016 № 3291 «О Порядке организации оказания ПМСП в экстренной и неотложной формах, в т. ч. на дому при вызове медицинского работника, гражданам, которые выбрали медицинскую организацию для получения ПМСП в рамках ТПГГ в Новосибирской области не по территориально-участковому принципу».

¹⁷ Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 06.04.2016 № 293 «Об утверждении Методических рекомендаций по реализации мероприятий „Московский стандарт поликлиники“ и критериев оценки устойчивости его внедрения».

щих медицинскую помощь на дому. Выделение в структуре поликлиники подобного отделения позволяет повысить доступность медицинской помощи в первую очередь для группы маломобильных пациентов. Приказом Департамента здравоохранения г. Москвы от 26.02.2018 № 145 «О внесении изменений в приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 06.04.2016 № 293» определен регламент реализации мероприятий по оказанию плановой медицинской помощи на дому пациентам патронажной службой. Данным приказом введено понятие патронажной службы, представляющей собой службу, функционирующую на базе медицинской организации и включающей в себя врачей и средний медицинский персонал, оказывающих ПМСП на дому пациентам с ограничением либо отсутствием способности к самостоятельному передвижению или самообслуживанию, обусловленным заболеваниями, последствиями травм или дефектами. Пациентами патронажной службы являются лица из числа обслуживаемого населения поликлиники старше 18 лет, имеющие указанные ограничения.

В Приморском крае в соответствии с Положением об установлении случаев и порядка организации оказания ПМСП и специализированной медицинской помощи медицинскими работниками медицинских организаций вне таких медицинских организаций, а также в иных медицинских организациях в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи регламентирован порядок оказания медицинской помощи гражданам на дому. С целью оказания медицинской помощи на дому в структуре медицинской организации могут создаваться отделения медицинской помощи на дому, состав, штатная численность и полномочия которых определяются руководителем медицинской организации. Медицинская помощь на дому может оказываться в виде не только ПМСП, но и паллиативной медицинской помощи, пациентам, которые в силу состояния здоровья не могут посетить медицинскую организацию, как правило, в экстренной, неотложной и плановой формах¹⁸.

Частично возмездное для пациента оказание ПМСП на дому участковым врачом/ВОП, частичная оплата за счет средств медицинского страхования

В ряде стран Европы и Азии, в которых реализуются преимущественно страховые системы здравоохранения, визиты врача на дом к пациентам не входят в договор медицинского страхования и оплачиваются пациентом дополнительно за счет личных средств [1].

¹⁸ Приказ Департамента здравоохранения Приморского края от 07.03.2019 № 18/пр/214 «Об утверждении Положения об установлении случаев и порядка организации оказания ПМСП и специализированной медицинской помощи медицинскими работниками медицинских организаций вне таких медицинских организаций, а также в иных медицинских организациях в рамках ТППГ в Приморском крае».

В Германии оказание медицинской помощи на дому возможно только при условии, если данная услуга включена в программу медицинского страхования. Осуществляется, как правило, семейным врачом и включает патронаж пациента на дому [1, 18, 21, 22].

В Канаде реализует свою деятельность Колледж семейных врачей, который сертифицирует практику семейной медицины. Семейные врачи оказывают ПМСП населению, которая включает дополнительные услуги по оказанию медицинской помощи пациентам на дому и непрерывный уход за ними. Данные услуги не попадают под действие Закона Канады о здравоохранении, но правительства каждой провинции и территории Канады находят возможность предоставлять и оплачивать определенные программы по уходу [23].

В Японии получила распространение модель страховой медицины, предусматривающая возможность оказания медицинской помощи на дому в отдельных случаях в рамках договора медицинского страхования [18].

В Соединенных Штатах Америки, где имеет место система частного медицинского страхования, оказание медицинской помощи на дому также предусмотрено для отдельных категорий населения в рамках программ государственной социальной поддержки Medicare и Medicaid [24]. Программы предусматривают периодическое квалифицированное медицинское обслуживание пожилых граждан и лиц с низким доходом с учетом физического состояния пациентов, включая патронаж на дому. В соответствии с законом о доступном медицинском обслуживании пациентов (ACA) с 2005 г. реализуется инновационная форма оказания медицинской помощи Health Home («Медицинский дом»), интегрирующая оказание медицинской помощи на дому пациентам с одним или несколькими хроническими заболеваниями с одновременным нарушением психического здоровья, классифицируемое по четырем группам. В этой модели оказания медицинской помощи интегрированы усилия ВОП и специалистов в области психического здоровья в рамках федеральной государственной социальной поддержки с целью поддержания качества жизни пациентов [24].

Возмездное оказание ПМСП на дому участковым врачом/ВОП за счет личных средств пациента

Данная форма оказания ПМСП на дому осуществляется в Израиле, Франции, Корее.

В системе здравоохранения Израиля посещения врачом на дому оплачиваются как самостоятельная услуга, помимо пакета услуг, обеспечиваемого полисом медицинского страхования, при условии, что врач сможет прибыть к пациенту в течение 90 мин [1, 25].

Во Франции консультации и посещения пациентов на дому осуществляются ВОП преимущественно на платной основе с возмещением стоимости посещения в установленном размере за счет личных средств пациента. При этом долгосрочная медицин-

Реформы здравоохранения

ская помощь на дому возможна только пожилым и недееспособным гражданам [18, 26].

В Республике Корея в рамках системы частного медицинского страхования визит врача на дом производится на возмездной основе и оплачивается из личных средств в счет оплаты страховых взносов [27].

Отсутствие возможности получения ПМСП пациентом на дому

В ряде систем здравоохранения мира оказание медицинской помощи на дому не осуществляется. Так, исторические и социокультурные традиции являются основными причинами исключения данного вида услуг из общего перечня медицинских услуг в рамках оказания медицинской помощи на Кипре. При этом маломобильные пациенты объективно имеют ограничения в получении квалифицированной медицинской помощи на дому [1, 2]. В некоторых странах Европы (Финляндия, Швейцария,

Польша, Румыния, Греция) визиты врача к пациентам на дом также не осуществляются в силу организационных особенностей систем здравоохранения [1, 28—30].

Обобщенные сведения об осуществлении оказания врачебным персоналом медицинской помощи на дому и особенностей ее оплаты представлены в таблице [1, 29].

Проведенный обзор литературы свидетельствует об отсутствии единых подходов к способу оплаты визита врача на дом, который варьирует от возмещения затрат за счет государственных программ социального страхования до гонорарного принципа оплаты за счет личных средств пациента. При этом основным видом медицинской услуги, оказываемой врачом пациенту на дому, является патронаж, который наиболее оправдан в отношении отдельных групп пациентов, характеризующихся сниженной мобильностью и нуждающихся в динамическом наблюдении.

Заключение

В разных странах представлены различные подходы к оказанию ПМСП на дому с участием врачебного и среднего медицинского персонала. Принципы всеобщего охвата услугами здравоохранения ориентированы на повышение доступности квалифицированной помощи для групп маломобильных пациентов, населения, проживающего в условиях территориальной разобщенности, лиц, имеющих нарушения психического состояния здоровья.

При этом квалифицированный труд врача высоко востребован в клинической практике и предусматривает использование современных методов диагностики, информационно-аналитических систем, комплексного подхода к оказанию медицинской помощи с привлечением врачей-специалистов. В рамках посещения пациента на дому большая часть современных сервисов остается недоступной для врача либо предусматривает дополнительные расходы для пациента.

Для повышения эффективности использования труда квалифицированного специалиста, особенно в системах здравоохранения с выраженным кадровым дефицитом в первичном звене, актуальным остается поиск инновационных моделей оказания медицинской помощи с вариантами внедрения в практику дифференцированных функциональных обязанностей врачей, введением в деятельность поликлиник медицинских бригад или мультидисциплинарных команд, расширением зон ответственности среднего медицинского персонала и введением должностей немедицинского персонала.

Изложенные аргументы свидетельствуют о дальнейшей необходимости поиска новых организационных форм оказания медицинской помощи на дому с участием врачебного персонала, адаптированных к той или иной системе здравоохранения государства в соответствии с принципами Астанинской декларации с учетом сохраняющейся сложной эпи-

Сведения об оказании ПМСП на дому в системах здравоохранения в мире

Государство	Возможность предоставления медицинской помощи на дому	Исполнитель	Оплата пациентами визита врача участковой службы/ВОП на дом
Австрия	Оказывается	ВОП	Нет
Бельгия	Оказывается	ВОП	В отдельных случаях
Болгария	Оказывается	ВОП	В отдельных случаях
Венгрия	Оказывается	ВОП	Нет
Германия	Оказывается	ВОП / семейный врач	В отдельных случаях
Греция	Не оказывается	—	—
Дания	Оказывается	ВОП	Нет
Израиль	Оказывается	Специалисты различного профиля	В полном объеме
Ирландия	Не оказывается	—	—
Испания	Не оказывается	—	—
Италия	Не оказывается	—	—
Казахстан	Оказывается	Мультидисциплинарная команда	Нет
Канада	Оказывается	ВОП	В отдельных случаях
Кипр	Не оказывается	—	—
Корея	Оказывается	Специалисты различного профиля	В полном объеме
Латвия	Оказывается	ВОП	В полном объеме
Литва	Оказывается	ВОП	Нет
Люксембург	Оказывается	ВОП	В отдельных случаях
Мальта	Оказывается	ВОП	В отдельных случаях
Нидерланды	Оказывается	ВОП	Нет
Норвегия	Оказывается	ВОП	В отдельных случаях
Польша	Не оказывается	—	—
Португалия	Оказывается	ВОП	В отдельных случаях
Румыния	Не оказывается	—	—
Словакия	Оказывается	ВОП	Нет
Словения	Оказывается	ВОП	Нет
Соединенное Королевство	Оказывается	ВОП	Нет
США	Оказывается	ВОП	В отдельных случаях
Узбекистан	Оказывается командой специалистов	Мультидисциплинарная команда	Нет
Украина	Оказывается	ВОП	Нет
Финляндия	Не оказывается	—	—
Франция	Оказывается	ВОП	В полном объеме
Швейцария	Не оказывается	—	—
Швеция	Оказывается	ВОП	В отдельных случаях
Япония	Оказывается	Специалисты различного профиля	В отдельных случаях

демиологической ситуации, обусловленной пандемией новой коронавирусной инфекции.

Исследование не имело спонсорской поддержки.
Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

- Kringos D. S., Boerma W. G. W., Hutchinson A., Saltman R. B. Building Primary Care in a Changing Europe. *Observatory Studies Series*, No. 38. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2015. 172 p.
- Ткаченко В. И. Первичная медицинская помощь в мире: результаты 40-летней реализации Алма-Атинской декларации (1978) и будущее развитие согласно Астанинской декларации (2018). *Семейная медицина*. 2019;4(84):97—102.
- Всемирная ассамблея здравоохранения, 69 (2016). Глобальная стратегия развития кадровых ресурсов здравоохранения: трудовые ресурсы 2030 г. Всемирная организация здравоохранения. Режим доступа: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/253394> (дата обращения 02.12.2021).
- Об итогах работы Министерства здравоохранения Российской Федерации в 2020 году и задачах на 2021 год. Режим доступа: https://static-0.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attaches/000/055/642/original/MZRF_2021_All_08-04-2021-Preview.pdf?1619014721 (дата обращения 02.12.2021).
- Тимербулатов В. М., Тимербулатов М. В. Здравоохранение во время и после пандемии COVID-19. *Вестник Академии наук Республики Башкортостан*. 2020;2(98):77—86.
- Перхов В. И., Гриднев О. В. Уроки пандемии COVID-19 для политики в сфере общественного здравоохранения. *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. 2020;(2):206—22. doi: 10.24411/2312-2935-2020-10043
- Шипова В. М., Берсенева Е. А. Пандемия COVID-19: уроки в нормировании труда медицинских работников. *Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко*. 2020;(3):4—11. doi: 10.25742/NRIPH.2020.03.001
- Денисов И. Н. Общая врачебная практика. Национальное руководство. Т. 1. М.: ГЭОТАР-Мед; 2016.
- Агаларова Л. С. Вопросы совершенствования медицинской помощи на дому. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2009;(3):25—8.
- Кича Д. И., Стуров Н. В., Пискунов Д. В. Совершенствование общей врачебной (семейной) практики и оценки здоровья семьи. *Трудный пациент*. 2020;(10):8—11.
- Кузнецова О. Ю. Организационные основы первичной медико-санитарной помощи. СПб.: Издательство ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И. И. Мечникова; 2013.
- Сон И. М., Калининская А. А., Гаджиева Л. А., Гажева А. В., Шляфер С. И. Перспективные модели организации деятельности общих врачебных практик в условиях города. *Казанский медицинский журнал*. 2017;98(6):1034—9.
- Мясников А. О., Новиков А. Ю., Садовская М. А. Первичная медико-санитарная помощь, как базовый элемент системы здравоохранения на современном этапе (основные принципы и ключевые задачи). *The Scientific Heritage*. 2020;43:43—8.
- Сененко А. Ш., Сон И. М., Дзюба Н. А., Захарченко О. О., Терентьева Д. С., Шелгунов В. А. Технологии бережливого производства в реформировании медицинских организаций, оказывающих ПМСП. Аналитический обзор. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2020;66(4):1—35.
- Джексон Дж. Г. Длительное международное сотрудничество в области семейной медицины. *Российский семейный врач*. 2016;4(20):54—8.
- North Staffordshire Local Medical Committee. General Practitioner Visiting Guidelines. 2012. Режим доступа: <https://www.north-staffslmc.co.uk/website/LMC001/files/Visiting-GuidelinesRev-Jul2012.pdf?fbclid=IwAR1y2AmoqQkyQ87ws9ImVeb2G-4QoLSeqzpmIgwmlpblukD162q0pm714> (дата обращения 02.12.2021).
- Hill A. P., Freeman G. K. Promoting continuity of care in general practice. London: Royal College of General Practitioners; 2011.
- Thomson S., Osborn R., Squires D., Jun M. International profiles of health care systems: Australia, Canada, Denmark, England, France, Germany, Iceland, Italy, Japan, the Netherlands, New Zealand, Norway, Sweden, Switzerland, and the United States. 2012. Режим доступа: http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2012/nov/1645_squires_intl_profiles_hlt_care_systems_2012.pdf (дата обращения 02.12.2021).

- Тулбабаев К. А., Турдалиева Б. С., Кузиева Г. Д. Зарубежный опыт работы мультидисциплинарных команд специалистов в первичном звене. *Вестник КазНМУ*. 2016;(4):379—84.
- Kühlbrandt C., Rechel B., Richardson E., McKee M. Primary health care. In: *Trends in health systems in the former Soviet countries*. WHO Observatory Studies Series, Copenhagen (Denmark). *Eur. Observ. Health Syst. Policies*. 2015;35:111—28.
- Huibers L. Out-of-hours care in western countries: assessment of different organizational models. *BMC Health Serv. Res*. 2009;9:105.
- Germany: country case study on the integrated delivery of long-term care. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020. Режим доступа: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-ages/healthyageing/publications/2020/germany-country-cases-study-on-the-integrated-delivery-of-long-termcare-2020> (дата обращения 02.12.2021).
- Summary HiT Canada (2013). Режим доступа: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/184672/Summary-HiT-Canada-2013-Rus.pdf (дата обращения 02.12.2021).
- Костяев С. С. Американские специалисты о системе здравоохранения в США. *Экономические и социальные проблемы в России*. 2020;(3):114—37.
- Лазарова Л. Б., Мардеян Н. А., Бурдули И. Н. Опыт государственного медицинского страхования в Израиле. *Российское предпринимательство*. 2014;263(17):159—68.
- Качкова О. Е., Кришталева Т. И. Методы оплаты первичной медико-санитарной помощи в зарубежных странах и в России. *Учет. Анализ. Аудит*. 2021;8(1):37—47.
- Системы здравоохранения: время перемен (2010). Режим доступа: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/15555/E93762sumR.pdf (дата обращения 02.12.2021).
- Van den Berg M. Workload in general practice. Utrecht, NIVEL; 2010.
- Wagner A. Effective team-based primary care: observations from innovative practices. *BMC Family Practice*. 2017;18:13. doi: 10.1186/s12875-017-0590-8
- Европейский центр ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи: ежегодный отчет о проводимой работе, 2018 г. Режим доступа: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/399511/RUS-2018-GDO-report-web.pdf (дата обращения 02.12.2021).

Поступила 08.02.2022
Принята в печать 26.04.2022

REFERENCES

- Kringos D. S., Boerma W. G. W., Hutchinson A., Saltman R. B. Building Primary Care in a Changing Europe. *Observatory Studies Series*, No. 38. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2015. 172 p.
- Tkachenko V. I. Primary medical care in the world: results of the 40-year implementation of the Alma-Ata Declaration (1978) and future development according to the Astana Declaration (2018). *Seimnaya meditsina*. 2019;4(84):97—102 (in Russian).
- World Health Assembly, 69 (2016). Global Health Workforce Development Strategy: Workforce 2030 World Health Organization. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/253394> (accessed 02.12.2021).
- On the results of the work of the Ministry of Health of the Russian Federation in 2020 and tasks for 2021. Available at: https://static-0.minzdrav.gov.ru/system/attachments/attaches/000/055/642/original/MZRF_2021_All_08-04-2021-Preview.pdf?1619014721 (accessed 02.12.2021) (in Russian).
- Timerbulatov V. M., Timerbulatov M. V. Healthcare during and after the COVID-19 pandemic. *Vestnik Akademii nauk Respubliki Bashkortostan*. 2020;2(98):77—86 (in Russian).
- Perkhov V. I., Gridnev O. V. Lessons from the covid-19 pandemic for public health policy. *Sovremennye problemy zdravookhraneniya i meditsinskoy statistiki*. 2020;(2):206—22. doi: 10.24411/2312-2935-2020-10043 (in Russian).
- Shipova V. M., Berseneva E. A. COVID-19 pandemic: lessons in labor rationing for healthcare workers. *Byulleten' natsional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshchestvennogo zdorov'ya imeni N. A. Semashko*. 2020;(3):4—11. doi: 10.25742/NRIPH.2020.03.001 (in Russian).
- Denisov I. N. General medical practice. National guideline [*Obshchaya vrachebnaya praktika. Natsional'noe rukovodstvo*]. Vol. 1. Moscow: GEOTAR-Med; 2016 (in Russian).

Реформы здравоохранения

9. Agalarova L. S. Issues of improving medical care at home. *Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2009;(3):25—8 (in Russian).
10. Kicha D. I., Sturov N. V., Piskunov D. V. Improvement of general medical (family) practice and assessment of family health. *Trudnyy patsient*. 2020;(10):8—11 (in Russian).
11. Kuznetsova O. Yu. Organizational foundations of primary health care [Organizatsionnye osnovy pervichnoy mediko-sanitarnoy pomoshchi]. St. Petersburg: Izdatel'stvo GBOU VPO SZGMU im. I. I. Mechnikova; 2013 (in Russian).
12. Son I. M., Kalininskaya A. A., Gadzhieva L. A., Gazheva A. V., Shlyafar S. I. Promising models of organization of general medical practices in urban conditions. *Kazanskiy meditsinskiy zhurnal*. 2017;98(6):1034—9 (in Russian).
13. Myasnikov A. O., Novikov A. Yu., Sadovskaya M. A. Primary health care as a basic element of the healthcare system at the present stage (basic principles and key tasks). *The Scientific Heritage*. 2020;43:43—8 (in Russian).
14. Senenko A. Sh., Son I. M., Dzyuba N. A., Zakharchenko O. O., Terent'eva D. S., Shelgunov V. A. Lean manufacturing technologies in the reform of medical organizations providing primary health care. Analytical review. *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya*. 2020;66(4):1—35 (in Russian).
15. Dzhekson Dzh. G. Long-term international cooperation in the field of family medicine. *Rossiyskiy semeynyy vrach*. 2016;4(20):54—8 (in Russian).
16. North Staffordshire Local Medical Committee. General Practitioner Visiting Guidelines. 2012. Available at: <https://www.north-staffslmc.co.uk/website/LMC001/files/Visiting-GuidelinesRev-Jul2012.pdf?fbclid=IwAR1yj2AmoqQkyQ87ws9ImVeb2G-4QoLSeqzpmIgwOwIpbIukDI62q0pm7I4> (accessed 02.12.2021).
17. Hill A. P., Freeman G. K. Promoting continuity of care in general practice. London: Royal College of General Practitioners; 2011.
18. Thomson S., Osborn R., Squires D., Jun M. International profiles of health care systems: Australia, Canada, Denmark, England, France, Germany, Iceland, Italy, Japan, the Netherlands, New Zealand, Norway, Sweden, Switzerland, and the United States. 2012. Available at: http://www.commonwealthfund.org/~media/files/publications/fund-report/2012/nov/1645_squires_intl_profiles_hlt_care_systems_2012.pdf (accessed 02.12.2021).
19. Tulebaev K. A., Turdalieva B. S., Kuzieva G. D. Foreign experience of multidisciplinary teams of specialists in the primary level. *Vestnik KazNMU*. 2016;(4):379—84 (in Russian).
20. Kühlbrandt C., Rechel B., Richardson E., McKee M. Primary health care. In: Trends in health systems in the former Soviet countries. WHO Observatory Studies Series, Copenhagen (Denmark). *Eur. Observ. Health Syst. Policies*. 2015;35:111—28.
21. Huibers L. Out-of-hours care in western countries: assessment of different organizational models. *BMC Health Serv. Res*. 2009;9:105.
22. Germany: country case study on the integrated delivery of long-term care. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020. Available at: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-tages/healthyageing/publications/2020/germany-country-casestudy-on-the-integrated-delivery-of-long-termcare-2020> (accessed 02.12.2021).
23. Summary HiT Canada (2013). Available at: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/184672/Summary-HiT-Canada-2013-Rus.pdf (accessed 02.12.2021).
24. Kostyaev S. S. American specialists about the healthcare system in the USA. *Ekonomicheskie i sotsial'nye problemy v Rossii*. 2020;(3):114—137 (in Russian).
25. Lazarova L. B., Mardeyan N. A., Burduli I. N. Experience of public health insurance in Israel. *Rossiyskoe predprinimatel'stvo*. 2014;17(263):159—68 (in Russian).
26. Kachkova O. E., Krishtaleva T. I. Payment methods for primary health care in foreign countries and in Russia. *Uchet. Analiz. Audit*. 2021;8(1): 37—47 (in Russian).
27. Sistemy zdravookhraneniya: vremya peremen (2010). Available at: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/15555/E93762sumR.pdf (accessed 02.12.2021) (in Russian).
28. Van den Berg M. Workload in general practice. Utrecht: NIVEL; 2010.
29. Wagner A. Effective team-based primary care: observations from innovative practices. *Semeynaya praktika BMC*. 2017;18:13. doi 10.1186/s12875-017-0590-8 (in Russian).
30. Evropeyskiy tsentr VOZ po pervichnoy mediko-sanitarnoy pomoshchi: ezhegodnyy otchet o provodimoy rabote (2018). Available at: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/399511/RUS-2018-GDO-report-web.pdf (accessed 02.12.2021) (in Russian).