



ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В РОССИИ

М.А. Степчук¹
Т.М. Пинкус¹
Д.П. Боженко²

¹⁾ *Медицинский информационно-аналитический центр, г. Белгород*

²⁾ *Чернянская центральная районная больница*

e-mail: m.stepchuk@km.ru

В статье авторы показали развитие и совершенствование первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в Российской Федерации и Белгородской области на всех этапах развития здравоохранения. Осветили положительные факторы реализации приоритетного национального и пилотного проектов и нерешённые вопросы в организации ПМСП, которые включены в программу модернизации области и направлены на повышение уровня социального здоровья населения.

Ключевые слова: первичная медико-санитарная помощь, участковая служба.

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) – это важнейшее звено системы здравоохранения. От ее состояния зависят эффективность и качество деятельности всей системы здравоохранения, а также решение многих медико-социальных проблем [4].

В первой половине XX века работа поликлиники была организована по участковому принципу оказания медицинской помощи, а участковый врач должен был стать основным действующим лицом, обеспечивавшим эту помощь. Первый министр здравоохранения СССР Н.А. Семашко, вводя должность участкового терапевта, предполагал, что участковый принцип даст возможность лечащему врачу лучше знать свой участок, условия труда и быта своего населения, выявлять часто и длительно болеющих, знать своих пациентов, проводить не только лечебные, но и профилактические мероприятия, лучше бороться с возникновением и распространением заразных болезней. Этот принцип для России не новый. До Октябрьской революции подавляющее большинство врачей работали по этому принципу: они лечили всё население и умели не только врачевать банальные простуду или бронхит, но и принять роды, наложить гипс, сделать несложную операцию.

Сложившаяся система организации ПМСП в России имеет ряд положительных принципов: участковый принцип оказания ПМСП, позволяющий вести наблюдение пациента одним участковым врачом относительно продолжительное время; профессиональная кооперация; комплексность обслуживания пациента в одном учреждении, возможность совместного использования врачами лечебно-диагностического оборудования и административно-хозяйственных служб. Эти принципы получили высокую оценку участников конференции ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи (Алма-Ата, 1978). В декларации конференции было отмечено, что основные цели любой системы здравоохранения – это оказание населению доступной, качественной медицинской помощи, улучшение состояния здоровья общества в целом и каждого гражданина в отдельности. Декларация легла в основу для многолетней деятельности ВОЗ по достижению цели «Здоровье для всех» на принципах социального равенства и справедливости, при этом профилактике придавалось столь же большое значение, что и лечебной помощи с соответствующим распределением финансирования. ВОЗ постоянно уделяла внимание развитию ПМСП. Доклад 2008 г. о состоянии здравоохранения в мире был полностью посвящен ПМСП. На 62-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в 2009 г. был рассмотрен вопрос дальнейшего развития ПМСП в современных условиях, и в резолюции ассамблеи WHA 62.12 содержится призыв ко всем государствам обеспечить на всех уровнях политическую приверженность ценностям и принципам Алма-Атинской декларации.

Организация оказания медицинской помощи в России на современном этапе представлена двумя звеньями: амбулаторно-поликлиническое (догоспитальная медицинская помощь, включая неотложную) и стационарное. Лечебно-профилактические

учреждения (ЛПУ), оказывающие эти виды помощи, принадлежат к федеральной, государственной, муниципальной, кооперативной и частной формам собственности. В соответствии с Федеральным законом от 8 мая 2010 г. № 83 «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений» изменяется порядок финансирования государственных (муниципальных) заданий разных типов учреждений здравоохранения (автономные, бюджетные и казенные). Как амбулаторно-поликлинические, так и стационарные ЛПУ отличаются по уровню оснащенности и специализации. В основе технологического процесса оказания медицинской помощи в ЛПУ используется система этапного лечения и основные вышеизложенные принципы.

Анализ ситуации в здравоохранении Российской Федерации показал, что, к сожалению, участковый врач не стал домашним доктором. Чрезмерная специализация привела к тому, что он сегодня оказывает больным только терапевтическую помощь и по ограниченному перечню заболеваний. Это связано с появлением в поликлинике новых узких специалистов: кардиолог, эндокринолог, аллерголог, гастроэнтеролог, пульмонолог, нефролог, геронтолог и ряд других. В этих условиях участковый врач стал направлять больных к узким специалистам, порой без особой необходимости (для страховки). Была потеряна преемственность работы участкового врача-терапевта и других специалистов при определении индивидуальной тактики и персональной ответственности за сохранение здоровья пациента, в том числе и участкового врача. Недостатки в планировании и организации работы участкового врача и современные принципы оплаты труда не позволяют выполнять основную, наиболее важную для охраны здоровья населения функцию – профилактики заболеваемости. Участковый врач не владеет многими методами диагностики и лечения больных, не стремится к расширению диапазона своих профессиональных возможностей, интенсификации труда, внедрению ресурсосберегающих технологий. Высокая численность населения на прикрепленном участке, уменьшение числа кабинетов доврачебной медицинской помощи, необходимость заполнения все большего количества медицинской документации (особенно рецептов по дополнительной лекарственной обеспеченности), отсутствие заинтересованности в здоровье пациента и механизмов влияния на семью, неадекватное отношение пациентов к своему здоровью, низкая заработная плата врача привели к потере доверия, «престижности» участкового врача и службы в целом. Отсутствует система патронажа, налицо неэффективное наблюдение за больными с хронической патологией, в связи с чем самым востребованным видом помощи стала скорая медицинская помощь (СМП), подменяющая в 20-25% случаях участковую службу. Каждый 5-6-й вызов заканчивается госпитализацией, а каждый 3-й госпитализированный в стационар по экстренным показаниям поступает в стационар позже 24 часов. Это обусловлено как упущениями в работе участковой службы, неэффективностью работы СМП, так и стремлением СМП лечить острые заболевания на дому. На амбулаторно-поликлиническом уровне слабо используется такой вид стационарозамещающей помощи как «стационар на дому», часто не обеспечивается преемственность в лечении между стационаром и поликлиникой, больным мало доступны реабилитационные мероприятия и восстановительное лечение. Отсутствуют адекватное взаимодействие и преемственность в работе отдельных подразделений ПМСП (участковая служба, СМП, стационар), что приводит к недостаточной эффективности ее работы в целом. Таким образом, несмотря на развитую сеть амбулаторно-поликлинических учреждений, существующая система ПМСП не способна удовлетворить потребности населения страны и современного общества. Службы, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, остаются функционально перегруженными и малоэффективными. Это привело к тому, что дорогостоящая стационарная помощь стала основным звеном в системе охраны здоровья населения. Это притом, что она необходима лишь при заболеваниях, требующих комплексного подхода к диагностике и лечению, применения сложных методов обследования и лечения с использованием современной медицинской техники, оперативных вмешательств, постоянного круглосуточного врачебного наблюдения и интенсивного ухода [7].



Поэтому вопросы совершенствования ПМСП приобрели на современном этапе особую значимость. В этой связи начались поиски новых направлений ПМСП, в том числе по принципу общей врачебной (семейной) практики. Семейная медицина – всего лишь одна из форм организации ПМСП. Эксперимент по подготовке врача общей практики (ВОП) в Российской Федерации начался в 1987 г. после принятия постановления Советом Министров СССР от 19.11.1987 г. № 1318 «Основные направления развития охраны здоровья населения и перестройки здравоохранения СССР в XII пятилетке и на период до 2000 года» и издания приказа Минздрава СССР от 08.12.1987 г. № 1284 «О проведении эксперимента по подготовке врачей общей практики». «Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», введенными в действие Постановлением Верховного Совета РФ от 22.07.1993 г. предусмотрено право семьи на выбор семейного врача, обеспечивающего медицинскую помощь по месту жительства членам семьи независимо от их пола и возраста. Постановлением Правительства РФ от 05.11.1997 г. № 1387 «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в РФ» была одобрена Концепция развития здравоохранения и медицинской науки в РФ, в которой определено, что ПМСП является основным звеном при оказании населению медицинской помощи и в ней отведена определенная роль ВОП в системе организации ПМСП гражданам России. Приказом Минздрава России от 30.12.1999 г. № 463 была утверждена отраслевая программа «Общая врачебная (семейная) практика» на 2000-2001 годы. Разработанные положения о семейном враче, медицинской сестре врача общей практики, центре общей врачебной (семейной) практики и деятельности отделения общей врачебной практики в составе амбулаторно-поликлинического учреждения были утверждены приказом МЗ РФ от 20.11.2002 г. № 350 «О совершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи населению Российской Федерации». Это создало законодательную базу для развития данного направления. Введение должности ВОП в ряде территорий РФ показало, по данным ряда авторов, некоторое улучшение качества ПМСП, что отметили сами пациенты: уменьшилось число направлений на консультации к другим врачам – 57,0% опрошенных пациентов, уменьшилось число обследований – 30%, повысилось внимание к пациентам – 93%. На участках работы ВОП количество вызовов скорой медицинской помощи уменьшилось на 23-30%, улучшилось взаимодействие с узкими специалистами, активнее развиваются стационарозамещающие виды медицинской помощи.

Однако реальной реформы первичного звена здравоохранения в стране не произошло. Подавляющее большинство муниципальных поликлиник продолжают оказывать ПМСП силами участкового терапевта, участкового педиатра, врача ОВП и с любой патологией, кроме ограниченного перечня распространенных внутренних болезней, всё прикрепленное население вынуждено по-прежнему обращаться к узким специалистам. Врач общей практики (ВОП) еще не всегда соответствует уровню квалификации этих специалистов, редко принимает больных по разрешенным специальностям. Поэтому ПМСП, как ведущее звено отечественного здравоохранения, должна получить в XXI веке дальнейшее развитие и совершенствование. Она должна стать доступной и гарантированной государством бесплатно по важным социальным стандартам для каждого жителя, включать в себя: лечение наиболее распространенных болезней; травм, отравлений и других неотложных состояний; медицинскую профилактику важнейших заболеваний; санитарно-гигиеническое образование; проведение реабилитационных и других мероприятий, связанных с оказанием ПМСП гражданам по месту жительства. Являясь первым этапом непрерывного процесса охраны здоровья населения, ПМСП должна быть максимально приближена к месту жительства и работы людей, и её организационной основой остается территориально-участковый принцип [7].

Решить эти задачи призван принятый в 2005 г. Правительством РФ приоритетный национальный проект «Здоровье» (проект «Здоровье»). Основным направлением проекта является развитие ПМСП. Основными целями проекта являются следующие:

- укрепление первичного звена здравоохранения, создание условий для увеличения объема оказания медицинских услуг на догоспитальном этапе;
- усиление профилактической направленности здравоохранения;
- повышение роли участковой службы.



Для достижения этих целей в проекте «Здоровье» основными мероприятиями и параметрами определено повышение доступности и качества первичной медико-санитарной помощи, в том числе:

- повышение уровня квалификации врачей участковой службы;
- снижение коэффициента совместительства в учреждениях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, до 1,1;
- повышение оплаты труда врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей) и медицинских сестер, работающих с ними, медицинских работников фельдшерско-акушерских пунктов и службы скорой медицинской помощи;
- сокращение сроков ожидания диагностических исследований в поликлиниках (до одной недели);
- оснащение муниципальных учреждений здравоохранения диагностическим оборудованием и службы скорой медицинской помощи санитарным автотранспортом;
- повышение качества медицинской помощи женщинам в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения в период беременности и родов (родовые сертификаты);
- проведение дополнительной иммунизации в рамках Национального календаря профилактических прививок, в том числе против гриппа;
- снижение числа заразившихся ВИЧ-инфекцией (не менее 1 000 человек в год);
- снижение заболеваемости гепатитом «В» (не менее чем в 3 раза), краснухой (не менее чем в 10 раз) и гриппом;
- ликвидация врожденной краснухи;
- раннее выявление наследственных болезней (не менее чем у 250 детей);
- снижение материнской смертности (до 29 на 100 тысяч родившихся живыми) и младенческой смертности (до 10,6 на 1000 родившихся живыми);
- снижение частоты обострений и осложнений хронических заболеваний (не менее чем на 30%);
- снижение временной нетрудоспособности (не менее чем на 20%);
- проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан и работников, занятых на производствах с вредными и (или) опасными производственными факторами;
- модернизация порядка предоставления и увеличение объемов оказания высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП);
- строительство новых федеральных медицинских центров.

На 2007-2010 гг. было предусмотрено расширение приоритетного национального проекта по следующим направлениям:

- совершенствование организации медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях;
- совершенствование медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями;
- развитие новых высоких медицинских технологий в федеральных специализированных медицинских учреждениях;
- строительство современных перинатальных центров.

Кроме того, в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 19 мая 2007 г. № 296, с целью повышения качества услуг в сфере здравоохранения, оперативного управления финансами (обеспечения финансирования стационарной помощи в соответствии с медико-экономическими стандартами (МЭС), а амбулаторно-поликлинической – с использованием подушевого норматива), с июля 2007 г. началась реализация в 19 субъектах Российской Федерации пилотного проекта. В перечень субъектов включена и Белгородская область.

Основными направлениями реализации пилотного проекта на территории области определены следующие:

Ориентация на конечный результат с поэтапным переходом учреждений здравоохранения, участвующих в реализации пилотного проекта, преимущественно на одноканальное финансирование через систему обязательного медицинского страхования. Преимущества одноканального финансирования через систему обязательного ме-



дицинского страхования, при котором все (5-6) источники финансирования вливаются в один поток, заключаются в возможности оперативного управления ресурсами и объемами медицинских услуг с помощью экономических рычагов.

Обеспечение финансирования стационарной медицинской помощи в соответствии с нормативами финансовых затрат, рассчитанными на основе стандартов медицинской помощи, с учетом оценки качества оказанной медицинской помощи.

Осуществление на уровне амбулаторно-поликлинических учреждений (АПУ) частичной аккумуляции средств, предназначенных для оплаты медицинской помощи, на основе финансирования по подушевому нормативу и создание системы внутри- и межучрежденческих взаиморасчетов. Это повышает заинтересованность АПУ в сохранении здоровья своих пациентов. При этом у врачей и руководителей учреждений здравоохранения нет необходимости в необоснованном увеличении числа посещений, обследований и консультаций. Появляются условия для развития общей врачебной практики, сокращения числа вызовов скорой медицинской помощи и организации службы неотложной медицинской помощи при поликлинике.

Реформирование оплаты труда медицинских работников области в зависимости от конечных результатов труда на основании внедрения отраслевой системы оплаты труда медицинских работников с использованием системы оценки качества медицинской помощи населению и критериев оценки результативности деятельности медицинских работников должно привести к повышению ответственности медицинских работников в конечных результатах своего труда и, следовательно, повышению качества оказываемых медицинских услуг.

Реализация данного проекта на территории области позволила обеспечить учет объема оказанной медицинской помощи и оценки ее качества, приступить к разработке и внедрению системы персонализированного учета оказанной медицинской помощи на основе единых региональных программных продуктов, включающих отраслевые сети передачи данных, и выработке подходов к созданию единого информационного пространства в сфере здравоохранения.

В большинстве субъектов РФ реализация пилотного проекта осуществлялась по отдельным направлениям, и только 5 территорий, в том числе Белгородская область, реализовывали проект по всем 5 направлениям. Размер финансирования проекта в регионах также был разным и оговаривался соглашением между Правительством РФ и субъекта. В Белгородской области он составлял (50% на 50%) по 360 млн рублей. Естественно, что итоги реализации проекта также разные. В этой связи можно констатировать, что одноканальное финансирование в пилотных территориях было осуществлено только там, где был достаточный объем финансовых средств в системе обязательного медицинского страхования (ОМС), необходимых для оплаты всех затрат учреждения. В целом одноканальное финансирование не ухудшило финансовое положение лечебных учреждений. Однако оно позволило начать создавать реальные условия для конкуренции между производителями медицинских услуг разной форм собственности в первичном звене. Устанавливаемый подушевой норматив финансирования, включающий все затраты поликлинических учреждений, позволял практиковать взаиморасчеты между учреждениями. Переход на одноканальное финансирование также позволяет, при имеющейся самостоятельности руководителя, сложившуюся экономию средств по результатам торгов на поставку продукции, выполнение услуг направлять на более реальные нужды учреждения. Финансовые средства направлялись на укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения, на оснащение медицинским оборудованием, приобретение в более полном объеме лекарственных средств, а также на оплату труда медицинских работников за выполнение критериев качества медицинской помощи и достижение конечных результатов. Но, вместе с тем, выявлены и слабые стороны одноканального финансирования, в частности, в рамках действующего тарифа реализации территориальной программы ОМС затруднено приобретение дорогостоящего оборудования и проведение капитальных ремонтов. Затраты на капитальный ремонт и оборудование требуют формирования подушевого норматива в соответствии с фактическими расходами лечебного учреждения.

Пилотный проект позволил проводить мероприятия по приведению в соответствие фактического оснащения стационарных учреждений здравоохранения медицин-



ской техникой и оборудованием рекомендуемому федеральному перечню их видов и объемов. Активнее стали внедряться федеральные стандарты медицинской помощи, осуществлялась их адаптация, разрабатывались региональные стандарты и протоколы ведения больных.

За время реализации пилотного проекта отмечено реальное увеличение числа амбулаторно-поликлинических учреждений в системе ОМС, которые финансировались на основе подушевого норматива, внедривших частичное фондодержание. Увеличилось число учреждений, внедривших системы внутриучрежденческого и межучрежденческого расчетов.

Таким образом, благодаря приоритетному национальному проекту реформа здравоохранения в пилотных регионах стала протекать более активно по всем основным направлениям: расширялись ресурсные возможности отрасли; повышалась экономическая мотивация медицинских работников в оказании качественных услуг и качество медицинской помощи.

За 5 лет реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» по всем направлениям в Белгородской области отмечены положительные результаты. Увеличилась укомплектованность врачей первичного звена, оказывающих ПМСП. Снижился коэффициент совместительства. Увеличилась профилактическая направленность работы участковой службы: выросла доля посещений с профилактической целью; увеличился процент охвата населения профилактическими прививками и обследования новорожденных на врожденные заболевания; снижился уровень управляемых инфекций. Значимо увеличилась заработная плата медицинских работников участковой службы, фельдшерско-акушерских пунктов, скорой медицинской помощи за счет дополнительных выплат из федерального бюджета. Незначительно увеличилась заработная плата узких специалистов поликлинического звена за счет проведения дополнительной диспансеризации. За счет средств родовых сертификатов получила развитие акушерская служба: улучшилось материально-техническое её оснащение, лекарственное обеспечение, укомплектованность штатов, повысился уровень заработной платы и качество оказываемой акушерской помощи, уменьшилась материнская и младенческая смертность. Повысился уровень профессиональной подготовки медицинских работников.

Вместе с тем остается еще много нерешенных проблем, и сохраняются негативные тенденции в уровне общественного здоровья, которые сложились в течение последних десятилетий и, по оценкам экспертов, будут сохраняться в будущем. В Концепции развития системы здравоохранения Российской Федерации до 2020 года задекларировано, что эффективное функционирование системы здравоохранения определяется следующими основными системообразующими факторами:

- совершенствованием организационной системы, позволяющей обеспечить формирование здорового образа жизни и оказание качественной бесплатной медицинской помощи всем гражданам Российской Федерации (в рамках государственных гарантий);

- развитием инфраструктуры и ресурсного обеспечения здравоохранения, включающего финансовое, материально-техническое и технологическое оснащение лечебно-профилактических учреждений на основе инновационных подходов и принципа стандартизации;

- наличием достаточного количества подготовленных медицинских кадров, способных решать задачи, поставленные перед здравоохранением Российской Федерации.

Указанные факторы являются взаимозависимыми и взаимоопределяющими, в связи с чем модернизация здравоохранения требует гармоничного развития каждого из них и всей системы в целом. Поэтому в условиях ограниченности финансирования проводимая реформа здравоохранения направлена, в первую очередь, на совершенствование первичной медико-социальной помощи, повышение её доступности, своевременности и качества, профилактику возникновения новых (обострения хронических) заболеваний и применение современных технологий.

Реализация задач по эффективному реформированию отечественного здравоохранения с целью повышения доступности и качества оказываемой населению медицинской помощи требует новых подходов к планированию, управлению и финансиро-



ванию [4]. Внедрение медицинского страхования, к сожалению, не позволило решить накопившиеся в отрасли проблемы, обусловленные остаточным принципом финансирования здравоохранения и использованием административных методов управления.

Наряду с несоответствием декларируемого объема бесплатной медицинской помощи и уровня финансового обеспечения для его выполнения не менее актуальной проблемой является нерациональное использование ресурсов здравоохранения. Сохраняется несбалансированность финансового обеспечения первичной медико-санитарной помощи и стационарной помощи. Более 60% консолидированного бюджета здравоохранения расходуется на больничную помощь. В связи с этим одним из приоритетных направлений сегодня является реструктуризация отрасли со смещением акцентов от дорогостоящего стационарного к амбулаторно-поликлиническому звену, с интенсификацией использования ресурсной базы поликлиник, где должна в полной мере осуществляться работа как по профилактике в целом, так и по ее ведущему методу – диспансеризации. Это особенно важно, учитывая, что деятельность амбулаторно-поликлинических учреждений оказывает значительное влияние на характер и эффективность работы других медицинских учреждений, системы здравоохранения в целом.

В целях решения вышеуказанных проблем правительством Белгородской области утверждена программа модернизации здравоохранения региона на 2011-2012 годы. Мероприятия программы основаны на оценке ресурсного потенциала с учетом влияния внешних факторов, выработке способов решения наиболее острых и важных проблем и направлены на максимальное обеспечение равного доступа к качественным медицинским услугам всех жителей области независимо от места проживания или уровня доходов.

В рамках программы планируется сконцентрировать усилия на дальнейшем повышении качества и доступности медицинской помощи населению по наиболее значимым для региона направлениям исходя из предполагаемого объема финансирования. Основой повышения качества ПМСП послужит внедрение стандартов оказания медицинской помощи в лечебно-профилактических учреждениях, имеющих необходимый набор помещений, оснащенных современным оборудованием, укомплектованных квалифицированными кадрами, и переход на многоуровневую модель оказания ПМСП: первичная (профилактическая и оздоровительная), патронажная, стационарная и реабилитационная.

Вывод. Со времён дореволюционной России ПМСП прошла этапы своего развития, определились новые формы и методы её развития и совершенствования, которые направлены на обеспечение равного доступа к качественным медицинским услугам всех жителей, повышение качества и продолжительности активной жизни населения (в том числе трудовых ресурсов), что является залогом устойчивого социально-экономического развития страны и каждого региона.

Литература

1. Документационный центр ВОЗ. Первичная медико-санитарная помощь сегодня актуальнее, чем когда-либо. Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2008 г. – Женева, 2008. – С. 1-125.
2. Егорышева, И.В. Медицинские общества в России в конце XVIII – первой половине XIX века / И.В. Егорышева // Здравоохранение Российской Федерации. – 2008. – №5. – С. 49-51.
3. Жирнова, Г.М. Реформирование амбулаторно-поликлинической службы в новых экономических условиях (на примере промышленного города Чувашской Республики) : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.33 / Г.М. Жирнова. – Казань, 2004. – 21 с.
4. Модель реформирования первичной медицинской помощи / А.А. Калининская [и др.] // Здравоохранение Российской Федерации. – 2008. – № 5. – С. 6-10.
5. Меркулов, А.А. Управление здравоохранением как территориальной социально-экономической системой : автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.А. Меркулов. – Саратов, 2008. – 47 с.
6. Пинкус, Т.М. Повышение структурной эффективности системы здравоохранения области / Т.М. Пинкус, М.А. Степчук, С.В. Абрамова // Проблемы экономики и управления. – Белгород, 2009. – №4. – С. 181-183.



STAGES OF DEVELOPMENT OF PRIMARY HEALTH CARE IN RUSSIA

M.A. Stepchuk¹

T.M. Pinkus¹

D.P. Bozhenko²

*¹⁾ Medical Information
and Analytical Center, Belgorod*

*²⁾ Chernyansky Central Regional
Hospital*

e-mail: m.stepchuk@km.ru

The authors have shown the development and improvement of primary health care (PHC) in the Russian Federation and the Belgorod region at all stages of health development. The positive factors and the implementation of the national pilot projects are highlighted, and unresolved issues in the organization of primary care, which are included in the program of modernization of the region and aimed at improving social health were determined.

Key words: primary health care, the ward office.