

РОЛЬ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ В СИСТЕМЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ (ПМСП). ОСНОВНЫЕ РИСКИ ВО ВЗАИМООТНОШЕНИИ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА

Акулин Игорь Михайлович,

д.м.н., профессор СПбГУ, зав. кафедрой организации здравоохранения и медицинского права СПбГУ.

Руководитель магистерской программы «Медицинское и фармацевтическое право», юридический факультет СПбГУ

Нам Ирина Леонтьевна,

ассистент кафедры организации здравоохранения и медицинского права СПбГУ.

***Аннотация.** В статье, на основании выборочного анкетирования, представлен анализ работы первичного звена российского здравоохранения. Сделаны предложения по улучшению ПМСП. Важно изменить правовой статус врача первого контакта. Врач общей практики (ВОП) должен стать доверенным лицом пациента, своеобразным «адвокатом здоровья». Формирование общеврачебной практики предлагается создавать на основе нового правового статуса «врача – предпринимателя», с ограничением правоспособности. Примером может служить публичная служба адвокатской практики. Это возможно на основе особого законодательства, с учетом создания врачебной профессиональной ассоциации врачей общей практики, как гаранта профессиональной компетентности. Также важно разработать систему страхования профессиональной ответственности врачей общей практики в случае причинения вреда пациентам.*

***Ключевые слова:** врач общей практики. Правовой статус врача. Публичная служба. Взаимоотношение врача и пациента.*

THE ROLE OF THE GENERAL PRACTITIONER IN THE PRIMARY HEALTH CARE SYSTEM (PHC). THE MAIN RISKS IN THE RELATIONSHIP BETWEEN A DOCTOR AND A PATIENT

Igor Mikhailovich Akulin,

MD, Professor of St. Petersburg State University, Head of the Department of Healthcare Organization and Medical Law of St. Petersburg State University. Head of the Master's program

“Medical and Pharmaceutical Law”, St. Petersburg State University-Faculty of Law.

Irina Leontievna Nam,

Assistant at the Department of Healthcare Organization and Medical Law of St. Petersburg State University.

Annotation. *Based on a sample survey, the article presents an analysis of the work of the primary level of Russian healthcare. Suggestions have been made to improve PHC. It is important to change the legal status of the first contact doctor. A general practitioner (GP) should become a patient's confidant, a kind of “health advocate”. It is proposed to create the formation of general medical practice on the basis of the new legal status of an “entrepreneur doctor”, with limited legal capacity. An example is the public law practice service. This is possible on the basis of special legislation, taking into account the creation of a medical professional association of general practitioners as a guarantor of professional competence. It is also important to develop a system of insurance for the professional liability of general practitioners in case of harm to patients.*

Keywords. *A general practitioner. The right is the status of a doctor. Public service. The relationship between a doctor and a patient.*

Право на охрану здоровья граждан является приоритетным и закреплено в ст. 41 Конституции РФ, в соответствии с которой «каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь», «поощряется деятельность, способствующая укреплению здоровья человека». В целях обеспечения указанного права в ст. 7 Конституции РФ¹ и в ст. 18, 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» №323-ФЗ (далее – 323-ФЗ)² провозглашена корреспондирующая обязанность государства по обеспечению указанных прав, в частности путем регулирования медицинской и фармацевтической сфер. Особая консти-

¹ «Конституция Российской Федерации» (принята всенародным голосованием 12.12.1993 с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01.07.2020) // Справочная правовая система «КонсультантПлюс». – URL: <http://www.consultant.ru>.

² Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ (в ред. от 26.03.2022) // Справочная правовая система «КонсультантПлюс». – URL: <http://www.consultant.ru>.

туционно-правовая значимость указанного права обосновывает социальную значимость обеспечения эффективного нормативно-правового регулирования и функционирования институтов медицинской сферы, так как любые преобразования указанных институтов оказывают непосредственное влияние на здоровье и качество жизни как отдельно взятого гражданина, так и нации в целом. Первичная медико-санитарная помощь (далее – ПМСП) как составная часть системы охраны здоровья занимает ключевое положение в системе здравоохранения Российской Федерации. В соответствии с ч. 1 ст. 33 323-ФЗ первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения. Часть 2 рассматриваемой статьи определяет, что организация оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам в целях приближения к их месту жительства, месту работы или обучения осуществляется по территориально-участковому принципу, предусматривающему формирование групп обслуживаемого населения по месту жительства, месту работы или учебы в определенных организациях. Таким образом, первичная медико-санитарная помощь является основным видом государственной системы охраны здоровья граждан, ее центральным звеном.

В соответствии с Указом Президента РФ от 06.06.2019 N 254 «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года» (УТВЕРЖДЕНА Указом Президента Российской Федерации от 6 июня 2019 г. N 254) угрозами и вызовами национальной безопасности в сфере охраны здоровья граждан являются, среди наиболее значимых вызовов национальной безопасности в сфере охраны здоровья граждан является неудовлетворенность граждан доступностью и качеством медицинской помощи.

Поскольку до 80 % населения начинают и заканчивают лечение в амбулаторном (первичном) звене здравоохранения, основные проблемы в этом вопросе относятся к организации ПМСП, и в частности, работе врача первого контакта (участковая врачебная, система врача общей практики).

Недостатки отечественного здравоохранения его ПМСП связаны в том числе, с отсутствием исторического анализа предыдущих этапов развития, преемственности современного здравоохранения, особенно опыта профилактических программ, всеобщей диспансеризации. В целом можно сказать, что отход от организации здравоохранения в соответствии с принципами Семашко.

На современном этапе в соответствии с Указом Президента № 437 для обеспечения роста продолжительности жизни необходимо обеспечить в здравоохранении сочетание доступности (в том числе территориальной) базовой медицинской помощи, первичного звена, повышения качества диагностики (в том числе за счет развития телемедицины) и доступности высокотехнологичной помощи. Но проблема не решается исключительно медицинскими методами – все значительно сложнее, необходимо обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения, борьба с факторами риска, продвижение здорового образа жизни, в том числе, создание условий и стимулов для приверженности граждан здоровому питанию, отказу от вредных привычек, занятию спортом всех возрастных категорий.

Государство для увеличения ОПЖ также планирует, *кроме всего прочего:*

- *развитие первичной медико-санитарной помощи*, за счет модернизации первичного звена здравоохранения, в том числе в малых населенных пунктах, и внедрения стандарта «Новой модели организации оказания медицинской помощи» в поликлиниках и поликлинических подразделениях, а также специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи;

- *цифровизацию здравоохранения*, включая широкий доступ населения к личным данным о собственном здоровье, развитие телемедицины, централизованных диагностических сервисов для динамического наблюдения пациентов. В том числе, создание национальной цифровой платформы «Здоровье», обеспечивающей формирование новых способов взаимодействия пациентов и системы здравоохранения;

- *кадровое обеспечение* здравоохранения в целях обеспечения необходимым числом медицинских работников; и др.

Предполагается увеличение доступности для граждан поликлиник и поликлинических подразделений, внедривших стандарты и

правила «Новой модели организации оказания медицинской помощи», однако, данное направление остается не ясным, т.к. четкого понятия, что такое новая модель ПМСП достойных примеров найти не удалось.

Реформа ПМСП должна строиться с помощью внедрения цифровизации, которая включает много аспектов, но наиболее важные на наш взгляд являются: развитие телемедицинских технологий; внедрение электронного документооборота.

Одной из самых трудных задач, является кадровое обеспечение здравоохранения, прежде всего, первичного звена (ПМСП) в целях обеспечения необходимым числом медицинских работников.

На это 20 августа 2019 года указал В. В. Путина на встрече с министром здравоохранения В. И. Скворцовой, в котором им было отмечено критическое положение ПМСП, в том числе кадровый дефицит, низкий уровень заработных плат и слабую техническую оснащенность лечебно-профилактических учреждений названного звена. Более того, В. В. Путиным было отмечено, что «если плохо работает первичное звено, то специализированное не сможет исправить положения в ухудшении здоровья населения страны». В связи с этим необходимо искать новые пути улучшения ситуации в ПМСП, поэтому наиболее актуальной темой становится развитие института общей врачебной (семейной) медицины, обусловленной реформированием ПМСП и повышением ответственности государства за качество оказания медицинской помощи.

Указанное положение подтверждается также пунктом 5 Приказа «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» №543н (далее – Приказ №543н), в котором указано, что первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний. Обеспечение эффективного функционирования ПМСП как ключевого звена в реализации конституционно-значимых прав граждан на охрану здоровья, базируется на основных принципах охраны здоровья, которые закреплены в ст. 4 323-ФЗ. Основными из них в рамках анализа организации ПМСП выступают «доступность и качество медицинской помощи» (пп. 6), «приоритет профилактики в сфере охраны здоровья» (пп. 8).

Остановимся подробнее на каждом из них. В соответствии с пп. 21 ч. 1 ст. 2 323-ФЗ, качество медицинской помощи представляет собой совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата. Детализации обеспечивающих указанное положение механизмов представлена в ст. 10 323-ФЗ и включает в себя:

- (1) организацией оказания медицинской помощи по принципу приближенности к месту жительства, месту работы или обучения;
- (2) наличием необходимого количества медицинских работников и уровнем их квалификации;
- (3) возможностью выбора медицинской организации и врача в соответствии с настоящим Федеральным законом;
- (4) применением порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций и стандартов медицинской помощи;
- (5) предоставлением медицинской организацией гарантированного объема медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- (6) установлением в соответствии с законодательством Российской Федерации требований к размещению медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения и иных объектов инфраструктуры в сфере здравоохранения исходя из потребностей населения;
- (7) транспортной доступностью медицинских организаций для всех групп населения, в том числе инвалидов и других групп населения с ограниченными возможностями передвижения;
- (8) возможностью беспрепятственного и бесплатного использования медицинским работником средств связи или транспортных средств для перевозки пациента в ближайшую медицинскую организацию в случаях, угрожающих его жизни и здоровью;
- (9) оснащением медицинских организаций оборудованием для оказания медицинской помощи с учетом особых потребностей инвалидов и других групп населения с ограниченными возможностями здоровья;
- (10) применением телемедицинских технологий.

Более подробно порядок оценки медицинских организаций и услуг по названным критериям закреплен в Приказе Минздрава России от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»³. В связи с тем, что сохранение здоровья и повышения качества жизни выступают особыми социально значимыми факторами, обеспечение надлежащего уровня доступности и качества выступают в качестве приоритетных принципов. Особенно остро вопрос реализации указанного принципа стоит в сфере оказания ПМСП, так как зачастую именно этот участок оказания медицинской помощи выступает первым и конечным ее этапами.

Указанные критерии также детализированы в измеримых критериях в рамках «Раздела IX. Критерии доступности и качества медицинской помощи» Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – Программы), ежегодно утверждаемой Постановлением Правительства РФ. В качестве примера, в рамках критериев доступности выступают «удовлетворенность населения доступностью медицинской помощи, в том числе городского и сельского населения (процентов числа опрошенных)», «доля расходов на оказание медицинской помощи», «доля посещений выездной патронажной службой на дому» и др., в то время как в числе детализирующих качество медицинской помощи критериев выступают «доля впервые выявленных заболеваний при профилактических медицинских осмотрах», «доля пациентов со злокачественными новообразованиями, взятых под диспансерное наблюдение, в общем количестве пациентов со злокачественными новообразованиями» и др.⁴

³ Приказ Минздрава России от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи». // Справочная правовая система «КонсультантПлюс». – URL: <http://www.consultant.ru>.

⁴ Постановление Правительства РФ от 28 декабря 2020 года №2299 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов». // Справочная правовая система «КонсультантПлюс». – URL: <http://www.consultant.ru>.

В соответствии с принципами доступности и качества оказания медицинской помощи, приоритета профилактических мероприятий прозрачная и структурно-регламентированная система существования ПМСП в стране напрямую влияет на полноценную реализацию гражданами конституционного права на охрану здоровья и медицинскую помощь, провозглашенного в ст. 41 Конституции Российской Федерации.

Таким образом, решение вопроса об эффективной организации ПМСП играет решающее значение в обеспечении доступа к ней с целью обеспечения конституционно-значимых социальных ценностей.

Сам термин «первичная медико-санитарная помощь» был разработан на Международной конференции по ПМСП, которая проходила в г. Алма-Ате 12 сентября 1978 года и была призвана оценить опыт функционирования амбулаторно-поликлинической помощи населению СССР. По итогам этой конференции была принята Алма-Атинская декларация, в которой ПМСП определена основным инструментом достижения такого уровня здоровья всех народов, который позволит им вести продуктивный в социальном и экономическом плане образ жизни⁵.

Указанное положение находит свое подтверждение и в настоящее время в современных актах Всемирной организации здравоохранения (далее – ВОЗ) главенствующая роль звена ПМСП только усиливается. Доклад ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире 2008 г. полностью посвящен развитию первичной медико-санитарной помощи⁶. Более того, в Стратегии развития европейской политики здоровья провозглашено, что ПМСП выступает «стратегическим методом эффективного предоставления медицинских услуг» по укреплению здоровья и профилактики болезней, которые выступают ключевыми элементами общественного здравоохранения⁷.

⁵ Алма-Атинская декларация (принята Международной конференцией по первичной медико-санитарной помощи, Алма-Ата, 12 сентября 1978 года). // URL: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/almaata78.shtml (дата обращения: 24.02.2022 г.)

⁶ URL: <http://www.who.int/dg/20080915/ru/index.html> (дата обращения: 29.01.2022).

⁷ *Здоровье 2020. Основы Европейской политики и стратегия для XXI века.* / Всемирная организация здравоохранения. – ВОЗ:2021. – С. 138.

Качество и доступность при организации первичной медико-санитарной помощи (далее – ПМСП) в РФ регулируются рядом основных нормативно-правовых документов, в числе которых Конституция Российской Федерации⁸, Федеральный закон от 21 ноября 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» №323-ФЗ (основные организационные положения закреплены статьей 33)⁹, Приказ Министерства здравоохранения и социального развития от 15 мая 2012 года №543н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»¹⁰.

В связи с выявленной значимостью ПМСП подробно рассмотрим ее организацию на территории РФ с точки зрения гарантированных законодательством критериев качества и доступности. В соответствии с указанной выше статьей 33 323-ФЗ организация ПМСП осуществляется по территориально-участковому принципу, что означает формирование групп обслуживаемого населения (контингента) по признаку проживания (пребывания) на определенной территории или по признаку работы (обучения) в определенных организациях и (или) их подразделениях, иными словами по месту жительства, месту работы или учебы в определенных организациях (п. 12,13 Положения об организации ПМСП взрослому населению Приказа №543н)¹¹.

Однако, указанный порядок организации ПМСП является затруднительным на территориях Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, высокогорных, пустынных, безводных и других районах с тяжелыми климатическими условиями, с длительной се-

⁸ «Конституция Российской Федерации» (принята всенародным голосованием 12.12.1993 с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01.07.2020) // *Справочная правовая система «КонсультантПлюс»*. – URL: <http://www.consultant.ru>.

⁹ Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ (в ред. от 26.03.2022) // *Справочная правовая система «КонсультантПлюс»*. – URL: <http://www.consultant.ru>.

¹⁰ Приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н (в ред. от 21.02.2020) «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению». // *Справочная правовая система «КонсультантПлюс»*. – URL: <http://www.consultant.ru>.

¹¹ Там же.

зонной изоляцией, а также в местностях с низкой плотностью населения, что обосновано низкой плотностью населения и высоким уровнем миграции населения из указанных местностей и населенных пунктов в города. На указанную проблему также указывают и другие авторы, например, М. Г. Полухина, по мнению которой сельская медицина является ограниченно доступной и низкоэффективной¹². Конституционно-значимое право граждан получать медицинскую помощь на указанных территориях обеспечивается первичными учреждениями первого уровня – фельдшерско-акушерскими пунктами (далее – ФАП), врачебными амбулаториями, мобильными бригадами и значительно реже центрами общей врачебной практики, которые не получили серьезное распространение в РФ, что на наш взгляд на текущий момент является необходимыми.

Предлагаемый подход системы общеврачебной практики основан на том, что указанная модель организации способствует комплексному закрытию вопросов профилактики и ранней диагностики заболеваний, так как ВОП владеет данными о здоровье населения всей территории с раннего возраста, находится с ними в доверительном контакте и может строить прогнозы для эффективного лечения и своевременного направления граждан к узкопрофильным специалистам в случае выявления рисков развития конкретных заболеваний.

Утвержденные в апреле 2022 года Постановлением Правительства РФ программы «Земский доктор» и «Земский фельдшер»¹³, а также речь председателя Правительства М. В. Мишустина¹⁴, в которой был сделан акцент на необходимость решения вопроса кадрового дефицита, особенно в сельской местности доказывает верность нашей мысли

¹² Полухина М. Г. *Формирование доступности медицинского обслуживания на селе как ключевого элемента устойчивого развития* М. Г. Полухина // *Региональная экономика: теория и практика*. 2019. – Т. 17. – № 2. – С. 310.

¹³ *Постановление Правительства РФ от 22.04.2022 №739 «О внесении изменений в приложение №5 к государственной программе Российской Федерации «Развитие здравоохранения»»* // *Справочная правовая система «КонсультантПлюс»*. – URL: <http://www.consultant.ru>.

¹⁴ *Заседание Правительства 28 апреля 2022 года. Вступительное слово Михаила Мишустина [Электронный ресурс]* // *Правительство России*. – 28.04.2022. – URL: <http://government.ru/news/45295/#p739>.

о необходимости внедрения новой организационно-правовой формы медицинской общеврачебной практики, основанной на привлечении врачей предпринимателей в статусе ограниченной правоспособности.

В настоящий момент основной организационно правовой моделью ПМСП выступает поликлиника, которая может структурно являться как подразделением стационарной медицинской организации.

При этом, показатели штатной численности должны быть соотнесены с установленными министерством здравоохранения нормами, закреплёнными в Приложении 2 Приказа №543н. Наименование подразделений поликлиники находит свое отражение в п. 8, 9 Приложения №1 Приказа №543н. Основной организационно-правовой формой учреждений ПМСП является «учреждение», что соответствует пп. 8 ч. 3 ст. 50, ст. 123.21 Гражданского Кодекса Российской Федерации¹⁵. После внесенных в 2010 году Федеральным законом от 08.05.2010 № 83 – ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с совершенствованием правового положения государственных (муниципальных) учреждений » изменений, учреждения в зависимости от вида учредителя делятся на частные и публичные (государственные и муниципальные). Также в части амбулаторно-поликлинических учреждений (далее – АПУ) вместо (или наряду с) поликлиникой, основной фигурой которой является участковый врач-терапевт, организован кабинет/отделение/центр общей врачебной практики или семейной медицины.

В соответствии с утвержденными квалификационными характеристиками, Профессиональным стандартом «Врач общей практики (семейный врач)»¹⁶, ВОП - более широкое понятие, чем участковый

¹⁵ *Гражданский Кодекс Российской Федерации. Часть 1: утв. Федеральным законом от 30 ноября 1994 г. № 51-ФЗ (в ред. от 25.02.2022).* // *Справочная правовая система «КонсультантПлюс».* – URL: <http://www.consultant.ru>.

¹⁶ *Приказ Минздрава России от 23.07.2010 № 541н (в ред. от 09.04.2018) «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения»* // *Справочная правовая система «КонсультантПлюс».* – URL: <http://www.consultant.ru>; *Профессиональный стандарт «Врач общей практики (семейный врач)»* // URL: <https://usma.ru/wp-content/uploads/2019/07/profstandartOBП.pdf> (дата обращения: 16.04.2022).

врач-терапевт. На практике не только управляющие структуры, но и практикующие врачи не понимают разницы между терапевтом и ВОП.

Наши исследования показали, что лишь около 15% опрошенных пациентов знают отличия между ВОП и участковым терапевтом, 48% не имеют даже представления о различиях и 37% затрудняются ответить.¹⁷ Вместе с тем, о желании иметь только одного врача для семьи выразили – 78% человек; только 8% не хотят этого; 14% – «затруднялись ответить».

Наши дополнительные исследования¹⁸ данного вопроса показали, что основными проблемами и недочетами организации поликлиник являются:

- Очереди, что подтвердили 29% опрошенных;
- Сложности при записи на прием – 14%;
- Неэтичное отношение к пациентам со стороны врачей в той или иной мере - 15%;
- Отсутствие индивидуального подхода - 13%;
- Большая текучка кадров в поликлинике - 8%;
- Острый дефицит специалистов - 6%;
- Низкая квалификация врачей - 12%;
- Отсутствие диагностического оборудования или возможности сдать анализы, что вызывает необходимость дополнительно обращаться в частные клиники или другие медицинские учреждения – 5%;
- Некоторые опрошенные проявили недовольство системой записи, «перебои в электронных системах для записи на приём» – 5%;
- Негативную атмосферу в поликлиниках, «ругань в коридоре»; «агрессия» - 7%;

Были выявлены жалобы на плохую работу регистратуры. «Плохое качество маршрутизации пациентов, на этапе регистратуры, не

¹⁷ Как сделать поликлинику более привлекательной? Согласованное мнение пациентов и участковых врачей-терапевтов. Аршукова И.Л., Добрецова Е.А., Акулин И.М., Шульмин А.В. *Профилактическая медицина*. 2023. Т. 26. № 9. С. 49-56.

¹⁸ Удовлетворенность населения медицинской помощью в рамках ПМСП по результатам выборочного анкетирования. Фарафонова С.И., Акулин И.М. В сборнике: *Медицина и право в XXI веке. Сборник трудов XIII ежегодной научно-практической конференции*. Санкт-Петербург, 2022. С. 106-117.

знают к какому специалисту правильно было бы отправить пациента»; утерю медицинских карточек. Однако есть пациенты, кто высказался против перехода в онлайн формат из-за большого количества ошибок при внесении данных в «электронные больничные, ошибки в электронных справках ребёнка».

Во время исследования было выявлено, что в поликлиниках не хватает узких специалистов (7%). Пациенты недовольны слишком короткими приемами у специалистов – 9%.

Важно отметить по результатам опроса, профилактические меры являются самыми невостребованными пациентами; большинство респондентов, с этим вопросом обращаются к врачу раз в год и реже. Только 87% из опрошенных в молодом возрасте (19-25 лет) не чаще одного раза в год приходит к специалистам по вопросам профилактики, почти такой же показатель отмечен у 88% пациентов старше 65 лет.

Тем не менее, уровень доверия к специалистам в государственных клиниках низок, только 33% людей отметили положительно работу врачей; 37% опрошенных высказались негативно в той или иной степени; 30% пациентов не смогли оценить, ни положительно, ни отрицательно работу врачей, что суммарно составляет 67% пациентов, которые не оценили положительно работу узких специалистов.

Выяснено, что 73% опрошенных показали готовность проходить профилактический осмотр ежегодно у своего личного врача, лучше семейного врача, что является высоким показателем. Это было также подтверждено косвенно в вопросе оценки правовой оценки защиты персональных данных. На вопрос: «Хотели бы вы, чтобы один врач имел доступ к вашим персональным данным и на основании длительного взаимодействия с вами лично выстраивал бы профилактические, лечебные мероприятия в случае необходимости?»: 71% респондентов положительно ответили на данный вопрос. Таким образом, в условиях нарастающей опасности раскрытия персональных данных, в связи с цифровизацией персональной жизни, именно личный врач (ВОП, СВ) мог бы стать «адвокатом здоровья» пациента.

Данное исследование проводилось выборочно, оно не может быть интерполировано на всю поликлиническую систему, что было бы

неправильно. Однако, многочисленные научные работы других авторов подтверждают эти недостатки характерные для современной поликлинической службы. Основным выводом из этого следует, что в условиях массового обслуживания населения в поликлинике не учитывается индивидуальность пациента, его персональный статус как больного, не применяется личностный подход (с учетом семейного положения, образа жизни, и др.) из-за недостатка времени, принципа обезличивания современной системы ПМСП. Это противоречит современной концепции медицины, основанной на 4 Р.¹⁹

На основании вышеизложенного можно сделать вывод о том, что пациенты хотят иметь врача, которому они бы доверяли, что соответствует принципам семейной медицины. Это одна из главных проблем в отношениях «врач-пациент», т.к. уровень доверия среди населения падает.

И поскольку поликлиника помимо непосредственных общих задач ПМСП выполняют в большинстве своем административные функции как «фабрика здоровья», роль участкового врача-терапевта в рамках этого функционирования приближается к роли профессионального компетентного диспетчера по распределению пациентов к узкоспециализированным специалистам. Это связано также с его ограниченным правовым статусом, врач практически не обладает серьезными правомочиями. Еще одной проблемой, в связи с этим, является профессиональные компетенции, т.к. изменения правового статуса недостаточно для того, чтобы сделать врача доверителем пациента, «адвокатом здоровья». В силу своей подготовки, участковый врач профессионально готов только в области терапии в отличие от ВОП, обладающим гораздо более широкими компетенциями.

Таким образом, на настоящий момент в Российской Федерации существует две основных модели возможной организации ПМСП – поликлиника; кабинет/отделение/центр врача общей практики (семейной медицины). Эти две формы могут существовать совмес-

¹⁹ ПРОГРЕСС МЕДИЦИНЫ И ПРАВО. Акулин И.М., Белоколодова Т.И. В сборнике: XII ежегодная научно-практическая конференция «Медицина и право в XXI веке». Сборник трудов (дополнительные материалы). Санкт-Петербург, 2021. С. 7-30.

тно как структурное подразделение поликлиники, так и в качестве самостоятельной формы – Центр ВОП.

Важно отметить, что при этом рекомендации по порядку организации деятельности кабинета/отдела/центра общей врачебной практики (семейной медицины) как самостоятельной организационно-правовой формы или отделения поликлиники отсутствуют, в нормативно-правовых актах не представлены. В связи с этим, несмотря на наличие нормативно-утвержденных критериев оснащения кабинетов/отделов/центров ВОП, данная форма внедряется очень медленно, хотя подобный опыт был реализован в Санкт-Петербурге в начале 90-х годов²⁰,

Правовой статус врачей общей практики в РФ.

В целях определения правового статуса, врача общей практики были проанализированы нормативно утвержденные квалификационные требования к «врачу общей практики», утверждённые в Едином квалификационном справочнике должностей²¹ и Профессиональном стандарте²². Более того, так как на данный момент основным специалистом в рамках поликлиники выступает «врач-лечебник (врач терапевт-участковый)».

На настоящий момент существует неполное понимание разницы между врачом общей практики и врачом-терапевтом участковым.

¹⁹ ПРОГРЕСС МЕДИЦИНЫ И ПРАВО. Акулин И.М., Белоколодова Т.И. В сборнике: XII ежегодная научно-практическая конференция «Медицина и право в XXI веке». Сборник трудов (дополнительные материалы). Санкт-Петербург, 2021. С. 7-30.

²⁰ Акулин И.М. Некоторые аспекты формирования системы общеврачебной практики в Санкт-Петербурге / И.М. Акулин // Проблемы городского здравоохранения 1997. - Вып. 2. - С. 68.

²¹ Приказ Минздравоохранения России от 23.07.2010 № 541н (в ред. от 09.04.2018) «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» // Справочная правовая система «КонсультантПлюс». – URL: <http://www.consultant.ru..>

²² Профессиональный стандарт «Врач общей практики (семейный врач)» / URL: <https://usma.ru/wp-content/uploads/2019/07/profstandartОВП.pdf> (дата обращения: 16.04.2022).

Врач общей практики – это более широкий специалист, который в соответствии с нормативно утвержденными требованиями проходит многопрофильную подготовку по оказанию ПМСП всему населению РФ вне зависимости от возраста и пола, нежели врач-терапевт.

Более того, существенное распространение и развитие деятельности врачей общей практики соответствует отраслевому варианту актуальной концепции «бережливого производства» - «бережливому здравоохранению».

Одной из причин медленного перехода на ВОП является дефицит врачей данного профиля. Ординатура ВОП обеспечивает соответствующую квалификационную подготовку специалистов, однако только ординатуры для подготовки кадров может оказаться недостаточно. На сегодняшний день всё ещё наблюдается более интенсивное развитие специализированной медицины в ущерб ПМСП, что оказывает существенное влияние на реализацию установленных ст. 10 323-ФЗ принципов доступности и качества медицинской помощи по критерию «наличие необходимого количества медицинских работников и уровня их квалификации».

Увеличивается число мест в ординатуре по узким специальностям и уменьшается по основным, вводится целевой набор на дефицитные специальности. Согласно распоряжению правительства РФ №514р от 4 марта 2020 года, все бюджетные места направления ординатуры по общеврачебной практике отданы под целевые. При этом стоит отметить, что в 2019 году доля целевых мест составляла 70%. Признание государством дефицита кадров в данной специальности несомненно является хорошим знаком, но подобная попытка его восполнения может носить отрицательный характер.

Однако, наш организационно-правовой анализ показал отсутствие стратегического планирования потребности медицинских кадров в ПМСП, в частности, ВОП, что подразумевает под собой статистический анализа рынка кадров и прогнозирования профицита или дефицита определенных категорий специалистов в будущем на различных территориях РФ.

Предложения по реформированию общей врачебной (семейной) практики с целью ее распространения и эффективного действия.

На основании вышеприведенного анализа текущего положения дел в рамках ПМСП в Российской Федерации и сравнении практи-

ки РФ с зарубежным опытом нами выработаны предложения по реформированию ПМСП в целом преимущественно за счет распространения и обеспечения устойчивого функционирования общей врачебной (семейной) практики.

В связи с этим, в качестве следующего предложения представляем проект Закона Российской Федерации «Об общей врачебной практике (семейной медицине)». Проект указанного закона, основа которого представляется нам удачно закрывающей большинство спорных вопросов относительно ВОП, была разработана Акулиным И. М. в Приложении к докторской диссертации²³. Указанный закон в качестве ключевой идеи имеет предложение по наделению ВОП иным, по отношению к существующему, правовым статусом, а именно врачом в качестве предпринимателя с ограничением правоспособности. То есть, создание некоей публичной службы общей врачебной практики. Указанное решение позволит расширить организационно-распорядительные полномочия ВОП, не нарушая установленной типичной структуры ПМСП, выделяя ее в самостоятельную организационную систему, наделяя его личной профессиональной ответственностью, что потребует развития, конечно, профессионального страхования ответственности ВОП, регулирования данной системы с помощью профессиональной ассоциации ВОП. В настоящее время ответственность врачебного сообщества амбулаторного звена в рамках ПМСП ограничена статусом служащего, ответственность за ошибки, вред, причиненный врачами, в основном, лежит на администрации поликлинического звена здравоохранения РФ. Однако, подобная публичная служба потребует дополнительных организационно-правовых мер: страхование профессиональной ответственности, создания профессиональной медицинской ассоциации с обязательным членством врачей общей практики, как гаранта их высокой квалификации, выделения местной администрацией офисов, оснащенных соответствующим оборудованием и т.д.

В связи с этим решение кадрового вопроса, на наш взгляд, представляется приоритетным направлением в развитие ВОП (семейного вра-

²³ Акулин И.М. *Общеврачебная практика в системе здравоохранения Санкт-Петербурга Автореф. дис. Док. мед. наук. // Санкт-Петербург, СПбГУ, 1996.*

ча) в рамках ПМСП. Считаем целесообразным предложить реформирование ПМСП на принципах ВОП по двум основным направлениям:

1) Модернизация процесса получения квалификации по специальности «общая врачебная (семейная) практика» с целью обеспечения ее доступности для большего количества заинтересованных специалистов.

2) Разработка части положений контракта с начинающими специалистами в рамках общей врачебной практики, с введением конкретных стимулирующих надбавок за эффективность профилактических мероприятий.

По нашему мнению, реализация указанных предложений наиболее эффективно повлияет на повышение заинтересованности специалистов в выборе специальности «общая врачебная (семейная) практика» и, как следствие, на повышение качества и доступности ПМСП.

Решение вопроса о распространении общеврачебной практики, семейной медицины без организационных изменений по подготовке врачей общего звена не представляется возможным. В связи с этим, считаем целесообразным предложить следующее решение по модернизации процесса обучения специалистов по указанному направлению. Предлагается помимо программы ординатуры внедрить блоковую подготовку специалистов, которая представляет из себя освоение всех заложенных в рамках образовательной программы ординатуры частей, только с возможностью проходить их в течении года или более, без отрыва от основной деятельности врача.

Иными словами, независимо от привязки ко времени и месту нахождения человека уже действующий врач, окончивший первую ступень медицинского образования, может изучать дополнительные программы в установленном количестве часов в очно-заочной форме – «Педиатрия», «Хирургия», «Акушерство и гинекология» и пр. Затем, набрав необходимое количество программ, соответствующих квалификационным требованиям «врач общей практики (семейный врач)», ему предоставляется возможность прохождения итогового экзамена и аттестация (система аккредитации), после которой он может начинать работать, как ВОП. Реализация указанной возможности может быть произведена в рамках программы непрерывного медицинского образования (далее – НМО). Предложенное решение закрывает сразу несколько проблем: 1) возможность альтерна-

тивного обучения по специальности «врач общей практики»; 2) возможность обеспечения кадры качественным освоением профильных специализированных программ; 3) возможность получать дополнительное образование и менять специализацию уже действующим профильным врачам «без отрыва от производства»; 4) экономия финансирования на проведении очных программ за счет из перепрофилирования в очно-заочный формат.

Таким образом, продолжается сложная работа по поиску новой формы организации ПМСП в российском здравоохранении. Изменение статуса врача первого контакта, формирование статуса «доверенного врача», своеобразного «адвоката здоровья» пациента целесообразно. Данная система общеврачебной практики, по нашему мнению, должна существовать на основе нового статуса «врача – предпринимателя», с ограничением правоспособности, по примеру публичной службы, по примеру построения адвокатской системы, на основе особого законодательства с учетом создания врачебной профессиональной ассоциации врачей общей практики, как гаранта профессиональной компетентности, и системой страхования профессиональной ответственности врачей общей практики в случае причинения вреда пациентам.

Список литературы

1. Акулин И.М. Некоторые аспекты формирования системы общеврачебной практики в Санкт-Петербурге / И.М. Акулин // Проблемы городского Здравоохранения 1997. - Вып. 2. - С. 68.

2. Акулин И.М. Общеврачебная практика в системе здравоохранения Санкт-Петербурга. Автореф. дисс. Док. мед. наук. // Санкт-Петербург, СПбГУ, 1996.

3. Акулин И.М., Белоколодова Т.И. Прогресс медицины и право. В сборнике: XII ежегодная научно-практическая конференция “Медицина и право в XXI веке”. Сборник трудов (дополнительные материалы). Санкт-Петербург, 2021. С. 7-30.

4. Алма-Атинская декларация (принята Международной конференцией по первичной медико-санитарной помощи, Алма-Ата, 12 сентября 1978 года). // URL: https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/almaata78.shtml (дата обращения: 24.02.2022 г.)

5. Гражданский Кодекс Российской Федерации. Часть 1: утв. Федеральным законом от 30 ноября 1994 г. № 51-ФЗ (в ред. от 25.02.2022). // Спра-

вочная правовая система «КонсультантПлюс». – URL: <http://www.consultant.ru>.

6. Заседание Правительства 28 апреля 2022 года. Вступительное слово Михаила Мишустина [Электронный ресурс] // Правительство России. – 28.04.2022. – URL: <http://government.ru/news/45295/#p739>.

7. Здоровье 2020. Основы Европейской политики и стратегия для XXI века. // Всемирная организация здравоохранения. – ВОЗ:2021. – С. 138.

8. «Конституция Российской Федерации» (принята всенародным голосованием 12.12.1993 с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01.07.2020) // Справочная правовая система «КонсультантПлюс». – URL: <http://www.consultant.ru>.

9. Как сделать поликлинику более привлекательной? Согласованное мнение пациентов и участковых врачей-терапевтов. Аршукова И.Л., Добрецова Е.А., Акулин И.М., Шульмин А.В. Профилактическая медицина. 2023. Т. 26. № 9. С. 49-56.

10. Полухина М. Г. Формирование доступности медицинского обслуживания на селе как ключевого элемента устойчивого развития М. Г. Полухина // Региональная экономика: теория и практика. 2019. – Т. 17. – № 2. – С. 310.

11. Постановление Правительства РФ от 22.04.2022 №739 «О внесении изменений в приложение №5 к государственной программе Российской Федерации «Развитие здравоохранения»» // Справочная правовая система «КонсультантПлюс». – URL: <http://www.consultant.ru>.

12. Постановление Правительства РФ от 28 декабря 2020 года №2299 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов». // Справочная правовая система «КонсультантПлюс». – URL: <http://www.consultant.ru>.

13. Приказ Минздрава России от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи». // Справочная правовая система «КонсультантПлюс». – URL: <http://www.consultant.ru>.

14. Приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н (в ред. от 21.02.2020) «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению». // Справочная правовая система «КонсультантПлюс». – URL: <http://www.consultant.ru>.

15. Приказ Минздравсоцразвития России от 23.07.2010 № 541н (в ред. от 09.04.2018) «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения» // Справочная правовая система «КонсультантПлюс». – URL: <http://www.consultant.ru> ;

16. Профессиональный стандарт «Врач общей практики (семейный врач)» // URL: https://usma.ru/wp-content/uploads/2019/07/profstandart_OBP.pdf (дата обращения: 16.04.2022).

17. Фарафонова С.И., Акулин И.М. Удовлетворенность населения медицинской помощью в рамках ПМСП по результатам выборочного анкетирования. В сборнике: Медицина и право в XXI веке. Сборник трудов XIII ежегодной научно-практической конференции. Санкт-Петербург, 2022. С. 106-117.

18. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ (в ред. от 26.03.2022) // Справочная правовая система «КонсультантПлюс». – URL: <http://www.consultant.ru>.

