**ИСТОРИЧЕСКИЕ ВЕХИ РАЗВИТИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО – САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В РОССИИ**

***Гришаева Юлия Сергеевна,***

***Руководитель: Коробкова Татьяна Александровна***

***КГБПОУ«Ачинский медицинский техникум»***

Важное направление модернизации здравоохранения - повышение роли первичной медико-санитарной помощи. Состояние этого вида помощи во многом определяет конечные результаты функционирования отрасли в целом и поэтому требует специального исследования.

Развитие городской медицины в России началось в XVIII в., когда в 1737 г. медицинской канцелярией был подготовлен Указ «О содержании в знатных городах лекарей с производством им жалованья из ратуш». Спустя год был учрежден «особенный для бедных врач», а в 1775 г. при губернских управлениях были созданы приказы общественного призрения, которые занимались организацией и контролем деятельности больниц и сиротских приютов. Задача лечения «временно приходящих», т.е. амбулаторных больных, была поставлена перед больницами приказов общественного призрения лишь в середине XIX в.

Первая в России городская поликлиника возникла в 1804 г. в г. Юрьеве (ныне Тарту, Эстония), где при терапевтической клинике медицинского факультета университета был организован амбулаторный прием и посещение больных на дому студентами и преподавателями.

В 1836 г. в Петербургской медико-хирургической академии была впервые открыта нештатная амбулаторная клиника для приходящих больных, впоследствии амбулаторные клиники были организованы при различных академических кафедрах и госпиталях.

В 1864 г. в России были учреждены земские самоуправления, а вслед за ними в 1870 г. городские общественные управления, которым поручалась организация медицинской помощи в городах. По ряду причин городская медицина развивалась медленно, значительно отставая от земской.

Особенно стройная система такой помощи действовала в Санкт-Петербурге. Большая заслуга в ее организации принадлежит С.П. Боткину, который возглавляя с 1861 г. терапевтическую клинику медико-хирургической академии, уделял большое внимание амбулаторным приемам и считал целесообразным обучать терапии слушателей последнего курса непосредственно в поликлинике на практике.

В 80-е годы ХIХ века по инициативе С.П. Боткина, избранного гласным городской думы и фактически руководившего медицинским делом в столице, был разработан проект организации амбулаторной помощи бедному населению. Город был разделен на участки; к каждому участку были прикреплены врачи, названные думскими, осуществлявшие бесплатную помощь больным на дому и амбулаторный прием. Врач консультировал пациентов и назначал лечение; в необходимых случаях больные госпитализировались.

На XII Пироговском съезде (1913) отмечалось, что население 35% городов России вовсе не имело внебольничной врачебной помощи, а помощь на дому была организована лишь в 15% городов. Во всех городах, за исключением Петербурга и отчасти Москвы, амбулаторная помощь была неспециализированной и нередко оказывалась в антисанитарных условиях. Подавляющее большинство городского населения, в том числе в Петербурге и Москве, вообще не пользовалось услугами врачей. Частнопрактикующие врачи обслуживали в основном состоятельных городских жителей. В связи с этим амбулаторная помощь населению городов России до 1917 г. оценивается как крайне незначительная.

В1920 г. был разработан конкретный план мероприятий по развертыванию внебольничной помощи населению страны. В Москве за год количество амбулаторий возросло от 15 до 46, была организована помощь на дому; сеть амбулаторных учреждений развертывалась не только в столицах, но и в других городах.

Уже в 1928 г. в Ленинграде было создано Путиловское здравобъединение, обслуживавшее район с населением 100 тыс. человек, в состав которого входили все лечебно-профилактические учреждения района. К 1930 г. в Ленинграде функционировало уже четыре подобных объединения. Участковым врачам придавались в помощь врачи-диспансеризаторы, а также фтизиатры, венерологи, психиатры для наблюдения за своими контингентами.

Важную роль в развитии сети поликлиник сыграл приказ Наркомздрава СССР от 04.08.1938 г. «Об улучшении внебольничной помощи и о мерах по снижению заболеваемости». Возросла доступность амбулаторной помощи для населения: в 1940 г. в городах показатель посещаемости составил в среднем 6,5 на 1 человека в год против 1,3 в 1913 г.

Великая Отечественная война прервала работу по развитию первичной медико-санитарной помощи.

Реорганизация, начатая в 1947 г., была в основном закончена к 1950 г. В частности, в Ленинграде объединение больниц и поликлиник было завершено уже к 1948 г.

В результате реорганизации сети здравоохранения количество участков в объединенных поликлиниках города возросло с 243 до 302, а население на каждом участке сократилось с 4200 до 3500 человек. Это позволило уменьшить нагрузку на врача с 24 до 7 больных. Повысился процент госпитализации, более рационально стал использоваться коечный фонд.

Опыт земской и советской медицины в организации первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) был одобрен ВОЗ и взят за основу при разработке ее концепции для всех стран. В сентябре 1978 года Всемирная организация здравоохранения и ЮНИСЕФ провели историческую Международную конференцию по ПМСП в Алма-Ате. Конференция приняла Алма-Атинскую декларацию и стратегию «Здоровье для всех», которая призывает к созданию систем здравоохранения, основанных на ПМСП, гарантирующих равный доступ к медицинскому обслуживанию для всех граждан. Алма-Атинская декларация Всемирной организации здравоохранения впервые в истории провозгласила всеобщее право на здоровье и приоритет ПМСП в развитии мирового здравоохранения.

Многие развитые и развивающиеся страны мира приняли национальные стратегии, отражающие фундаментальные принципы данной декларации.

В середине 1980-х гг. в отечественном здравоохранении сложилась крайне неблагоприятная ситуация. Финансирование здравоохранения осуществлялось по остаточному принципу.

Для решения перечисленных серьезных проблем, стоящих на тот период перед руководителями здравоохранения, необходимо было разработать и внедрить новые подходы к экономическому планированию в системе здравоохранения.

Вскоре был издан приказ Минздрава РСФСР № 1344 от 31.12.1987 г. «Об организации эксперимента по отработке новых форм планирования, управления и финансирования в здравоохранении Ленинграда, Куйбышевской и Кемеровской областей». В марте 1988 г. было утверждено «Временное положение о территориальном медицинском объединении». Этот эксперимент в здравоохранении был основан на принципах экономического планирования развития отрасли. Принцип хозяйственного взаиморасчета между лечебными учреждениями, по сути означавший создание внутреннего рынка медицинских услуг, стимулировал развитие системы тарифообразования, подушевого финансирования и идеи фондодержания на базе субъекта первичной медико-санитарной помощи.

В крупных городах многие территориальные поликлиники для взрослого и детского населения, женские консультации, а иногда и диспансеры были включены в состав территориальных медицинских объединений, такая система действует, и по сей день.

Благодаря внедрению нового хозяйственного механизма был продемонстрирован большой потенциал поэтапного реформирования государственной системы здравоохранения и возможности ее существенного усовершенствования. По сути, это явилось первым этапом реформирования здравоохранения с постепенным переходом к медицинскому страхованию, которое в 1991 г. было введено Законом РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», а впоследствии 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и 326-ФЗ от 29.11.2010 г. «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». Таким образом, Российская Федерация постепенно перешла к страховой медицине, а в последние годы на фоне экономического роста было существенно увеличено финансирование отрасли здравоохранения и обоснованы направления ее дальнейшего развития.

В рамках первичной медико-санитарной помощи шире стали проводиться профилактические осмотры отдельных категорий граждан, иммунопрофилактика, внедрение и развитие стационарозамещающих технологий с лекарственным обеспечением больных в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи.

Изучив исторический опыт развития и реформирования первичной медико-санитарной помощи в России можно сделать следующий **вывод:**

Исторически доказана эффективность медицинского обслуживания населения по территориально-участковому принципу, который определяет и повышает доступность медицинской помощи, с последующим направлением к узким специалистам.

Состояние первичной медико-санитарной помощи остается неудовлетворительным. Сегодня это самый слабый сектор российского здравоохранения. Главные его проблемы – острейший дефицит врачей участковой службы, их ограниченный лечебный и координационный функционал, недостаточный потенциал этого сектора для безболезненного перемещения объемов медицинской помощи из стационара в амбулаторное звено. В сравнении с другими постсоветскими странами эти проблемы выглядят особенно рельефно. Они отражают низкую приоритетность первичной помощи в течение последних десятилетий, серьезные задержки с реформированием этого сектора, прежде всего с развитием общей врачебной практики, новых моделей организации медицинской помощи. Наш консервативный путь развития первичной помощи тормозит повышение результативности системы здравоохранения в целом. Эта система, лишившись сильных «корней» в виде сильного первичного звена, вынуждена развиваться по экстенсивному пути – за счет вложений в специализированную помощь, которая обходится обществу значительно дороже. Реализуемые в настоящее время подходы к повышению эффективности работы поликлиник, претендуя на формирование новой модели ПМСП, недостаточны для решения острейших проблем этого сектора здравоохранения.

Список использованных источников:

1. Ашурков Е.Д., Барсуков М.И., Морозов H.H. Очерки истории здравоохранения СССР (1917-1956 гг.). Москва: Медгиз; 1957. 394 с.
2. Бокерия Л.А., Ступаков И.Н., Гудкова Р.Г. Анализ показателей заболеваемости различными формами болезней системы кровообращения в федеральных округах РФ. Здравоохранение. 2015; (6): 66–75.
3. Егорышева И.В., Шерстнева Е.В. Московская городская врачебно-санитарная организация в начале XX века. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины 2019;(5): 50-52.
4. Егорышева И.В. Становление земской и городской медицины: сходство и различия. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины 2019;(1): 56-58.
5. Иванов М.В. Реформирование амбулаторно-поликлинической службы в регионе. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины 2021;(5): 30-32.
6. Карайланов М.Г., Русев И.Т. Совершенствование первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях. Материалам XLVII Международной научно-практической конференции «Научная дискуссия: инновации в современном мире», г. Москва. Москва: «Интернаука»; 2019; 3(46): 116-121.
7. Комаров Ю.М. Первичная медико-санитарная помощь: какой она должна быть? Здравоохранение 2008;(5): 19-28.
8. Организация амбулаторно-поликлинической помощи. Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М.  Се ченова. М., 2012. URL: https://www.sechenov.ru/upload/ib lock/0e3/0e31ccfa60dcc052f7cf87e4a49d5512.pdf (дата обращения: 07.12.2021).