

Харьковский национальный медицинский университет



СОЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Методические разработки
для преподавателей к проведению практического занятия
по теме **«Семейная медицина и ее значение в системе
медицинской помощи населению. Содержание и
организация работы семейного врача (общей практики)»**

для подготовки студентов 6-х курсов по специальности:

- 7.12010001 «Лечебное дело»,
- 7.12010002 «Педиатрия»,
- 7.12010003 «Медико-профилактическое дело».

Харьков
2016

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ
ХАРЬКОВСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

КАФЕДРА СОЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ, ОРГАНИЗАЦИИ И ЭКОНОМИКИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

СОЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Методические разработки
для преподавателей к проведению практического занятия
по теме **«Семейная медицина и ее значение в системе
медицинской помощи населению. Содержание и
организация работы семейного врача (общей практики)»**
для подготовки студентов 6-х курсов по специальности:
– 7.12010001 «Лечебное дело»,
– 7.12010002 «Педиатрия»,
– 7.12010003 «Медико-профилактическое дело».

*Утверждено ученым советом
Харьковского национального
медицинского университета.
Протокол № 6 от 26.05.2016*

Харьков
ХНМУ
2016

УДК 614.25:616.1/618

Социальная медицина и организация здравоохранения : методические разработки для преподавателей к проведению практического занятия по теме «Семейная медицина и ее значение в системе медицинской помощи населению. Содержание и организация работы семейного врача (общей практики)» для подготовки студентов 6 курсов по специальности 7.12010001 «Лечебное дело», 7.12010002, «Педиатрия», 7.12010003 «Медико-профилактическое дело» / сост. В.А. Огнев, А.Н. Зинчук. – Харьков : ХНМУ, 2016. – 29 с.

Составители: Огнев В.А.
Зинчук А.Н.

МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ

Цель занятия: изучить содержание работы семейного врача и основные принципы лечебно-профилактической помощи населению на принципах семейной медицины (общей практики).

Знать:

➤ **программные вопросы:**

- организацию работы семейного врача при условии ее осуществления на основании разных моделей;
- функции и содержание работы семейного врача относительно профилактических, диагностических, лечебных мероприятий, решения медико-социальных проблем семьи;
- организацию сотрудничества семейных врачей с парамедицинской службой и социальными работниками.

Уметь:

- заполнять основные учетные документы лечебно-профилактических учреждений, которые работают на принципах семейной медицины;
- оценивать показатели деятельности семейного врача.

Форма занятия: практическое занятие.

Место проведения занятия: учебная комната кафедры.

Методическое обеспечение занятия:

- методические разработки к занятиям;
- методическая литература: рабочая тетрадь для студентов (специальная подготовка);
- презентационные материалы;
- тестовые задания.

Алгоритм проведения занятия: После проверки присутствия студентов преподаватель объявляет тему и цель занятия, объясняет актуальность ее изучения и возможность использования в практической деятельности.

После введения в занятие преподаватель выясняет у студентов, какие вопросы возникли при подготовке темы. Далее преподаватель переходит к рассмотрению и контролю знаний студентов по основному теоретическому материалу, уделяя дополнительное внимание вопросам, которые студенты не смогли понять при самостоятельной подготовке к занятию.

Применяемые формы контроля: устный опрос студентов, теоретическая или проблемная дискуссия, блиц-контрольные по вариантам – время на выполнение 5-7 мин., задания по определению терминологии, выполнение тестовых заданий с последующим разбором ответов.

Далее проводится выполнение практической части в рамках изучения представленной темы. Преподаватель объясняет сущность практического задания, алгоритм выполнения и требования, к нему предъявляемые. После

этого студенты получают индивидуальные или групповые варианты для самостоятельной работы по выполнению задания. Преподаватель контролирует и координирует самостоятельную работу студентов по выполнению практического задания. По мере выполнения или по истечению установленного времени на выполнение самостоятельной работы преподаватель проверяет выполненные задания, оценивая их.

Формы практических заданий: расчетное задание, ситуационное задание (индивидуальное и групповое), деловые игры.

После контроля теоретических знаний и выполнения практических заданий преподаватель делает основные выводы по изученной теме, подводит итоги контроля теоретических знаний и практических навыков студентов, а также объявляет студентам полученные ими на занятии оценки и домашнее задание.

План занятия и расчет времени в процентах к длительности занятия:

1	Введение в занятие	до 5%
2	Рассмотрение основных вопросов темы и контроль теоретических знаний	65%
3	Выполнение практического задания	25%
4	Подведение итогов и объявление домашнего задания.	до 5%
	Всего	100%

Рекомендуемая литература

Базовая литература

1. Галкин Р.А. Организация общей практики / Р.А. Галкин, Peter Toon, А.В. Иванова, Б.Л. Мовшович. – Самара : Самарский Дом печати. – 1997. – 281 с.

2. Громадське здоров'я : підручник для студентів вищих мед. навч. закладів / В.Ф. Москаленко, О.П. Гульчій, Т.С. Грузева [та ін.]. – Вид. 3. – Вінниця : Нова Книга, 2013. – С. 521-531.

3. Збірник тестових завдань до державного випробування з гігієни, соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я / В.Ф. Москаленко та ін. / за ред. В.Ф. Москаленка, В.Г. Бардова, О.П. Яворовського. – Вінниця : Нова Книга, 2012. – 200 с.

4. Лехан В.М. Організація роботи лікаря загальної практики (сімейного лікаря) / В.М. Лехан, А.В. Іпатов, Е.В. Борвінко, Л.В. Крячкова, О.Л. Зюков. – Д. : АРТ-ПРЕС, 2002. – 370 с.

5. Методические указания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов 6 курса медицинского факультета по подготовке к государственному выпускному практически-ориентированному экзамену по социальной медицине и организации здравоохранения / сост. В.А. Огнев, Н.А. Галичева и др. – Харьков, 2015. – 66 с.

6. Общепрактическая и семейная медицина / под ред. М.М. Кохена. – Минск : Белорусь, 1997. – 618 с.

7. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / під ред.

Ю.В. Вороненка, В.Ф. Москаленка. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2000. – С. 327-328, 458-465.

8. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я : посібник для позааудиторної самостійної підготовки до практичних занять / В.В. Рудень. – Львів, 2004. – 595 с.

9. Тестові завдання з соціальної медицини, організації охорони здоров'я та біостатистики : навч. посібн. для студентів мед. ф-тів / за ред. В.А. Огнєва. – Харків : Майдан, 2005. – С. 145-176.

Вспомогательная литература

1. Коротков Ю.А. Общая медицинская практика в странах Западной Европы / Ю.А. Коротков, В.Е. Чернявский, Ю.Х. Лавинский. – 1996. – 139 с.

2. Організація первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини в Україні: сучасний стан та нормативно правові документи, що регламентують роботу сімейних лікарів / під. заг. ред. В.Ф. Москаленка. – Київ, 2001. – 120 с.

3. Орест Мулька. Довідник сімейного лікаря / Royal collefe of General Practitioners. – К. : Медична газета України, 1997. – 181 с.

4. Хартия по общей практике (семейной медицине) в Европе. – Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1995 г.

Информационные ресурсы

1. U.S. National Library of Medicine – Национальная медицинская библиотека США – <http://www.nlm.nih.gov/>

2. Государственная научно-педагогическая библиотека Украины им. В.О. Сухомлинского – <http://www.dnrb.gov.ua/>

3. Население Украины. Демографический ежегодник. – К.: Госкомстат Украины – www.ukrstat.gov.ua

4. Научная библиотека Харьковского национального медицинского университета – <http://libr.knmu.edu.ua/index.php/biblioteki>

5. Научная педагогическая библиотека им. К.Д. Ушинского Российской академии образования – <http://www.gnpbu.ru/>

6. Национальная библиотека Украины им. В.И. Вернадского – <http://www.nbu.gov.ua/>

7. Национальная научная медицинская библиотека Украины – <http://www.library.gov.ua/>

8. Харьковская государственная научная библиотека им. В.Г. Короленка – <http://korolenko.kharkov.com>

9. Центральная библиотека Пушинского научного центра РАН – <http://cbp.iteb.psn.ru/library/default.html>

10. Центральная научная медицинская библиотека Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова – <http://elibrary.ru/defaultx.asp>

ОСНОВНОЙ ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К ЗАНЯТИЮ

1. Понятие и основные признаки общей медицинской практики

Общая практика – это долгосрочное медицинское обслуживание здорового и больного населения, независимо от возраста и пола, при котором особое внимание уделяется всестороннему изучению особенностей их семейного и социального окружения.

Медицинские термины «**общая практика**» и «**семейная медицина**» во многих странах мира используются как синонимы. В настоящее время в медицине используются различные термины, определяющие практически один и тот же вид медицинской деятельности, это «**семейный врач**», «**врач общей практики**», «**домашний врач**», «**врач общей медицины**». В связи с чем, не случайно, в нормативно-правовых документах принято сочетание терминов «**врач общей практики (семейный врач)**».

Общая практика развивается в рамках разных базовых моделей систем здравоохранения, но для них характерны определенные **общие признаки**, к ним относятся признаки, приведенные ниже.

1. *Всеобщность*. Помощь, оказываемая семейными врачами, не лимитирована определенным категориям населения – она предоставляется каждому человеку, независимо от его возраста, пола, социальной принадлежности, расы или религии. Эта особенность присуща ей и в том плане, что ни одна жалоба или медицинская проблема (любого характера) пациента не может быть оставлена без внимания.

2. *Доступность*. Есть свободный доступ к службам общей практики с минимальными сроками ожидания. Этот доступ должен обеспечиваться как в географическом, так и в культурном плане и не ограничиваться финансовыми факторами.

3. *Интегрированность*. Общая практика включает в себя лечебную и реабилитационную помощь, а также укрепление здоровья и профилактику заболеваний.

4. *Постоянная основа*. Общая практика не ограничивается только частным случаем оказания помощи или каким-либо заболеванием, а обеспечивает больным индивидуальную медицинскую помощь на долгосрочной основе в течение длительного периода их жизни.

5. *Бригадный подход*. Для того, чтобы достичь всех этих целей, семейный врач должен работать в составе хорошо функционирующей, многодисциплинарной бригады.

6. *Целостность*. Медицинские проблемы человека, семьи и общества должны рассматриваться в плане физических, психологических и социальных перспектив.

7. *Персональный характер*. Общая практика прежде всего ориентирована на личность, а потом уже на болезнь. Она опирается на взаимоотношения между пациентом и врачом.

8. *Ориентация на семью.* В общей практике проблемы изучаются в контексте семьи и социальных контактов человека.

9. *Ориентация на обслуживаемый контингент.* Проблемы пациента нужно рассматривать в контексте его жизни в местных условиях (обществе). Семейный врач должен быть в курсе проблем населения, обслуживаемого на местном уровне, сотрудничать с представителями других профессий и службами других секторов, а также с группами взаимопомощи с целью решения местных проблем медико-санитарного плана.

10. *Скоординированность.* Хотя подавляющее большинство медицинских проблем пациентов при первом контакте может быть решено семейным врачом, однако в некоторых случаях возникает необходимость направлять пациентов на консультации. Семейный врач должен быть проинформирован о результатах таких консультаций. Ему нужно также сообщать обо всех имеющихся службах, и о порядке наиболее эффективного их использования. Он должен иметь возможность быть координатором по всем советам и назначениям, которые получает пациент от других специалистов.

11. *Доверительный характер.* Пациенты имеют право ожидать соблюдения полной конфиденциальности со стороны своих семейных врачей, а также конфиденциальности в том, что касается всей информации о них.

12. *Адвокатская функция.* Семейному врачу необходимо во всех случаях быть «адвокатом» пациента по вопросам, связанным с его здоровьем, а также в его отношениях со всеми другими поставщиками медицинской помощи.

2. Врач общей практики (семейной медицины)

Врач общей практики (семейной медицины) – это лицензированный выпускник высшего учебного медицинского учреждения, который обеспечивает индивидуальную первичную и непрерывную медицинскую помощь для отдельных лиц, семей и населения, не зависимо от возраста, пола или вида заболеваемости.

Врачи общей практики оказывают медицинскую помощь на протяжении длительного времени в различных странах мира и имеют свою историю. В отдельных странах Северной Европы – Ирландия, Нидерланды, скандинавские страны – врачи общей практики работали постоянно. В других странах «фрагментарная» медицина полностью или частично вытеснила врачей общей практики, а затем их деятельность восстанавливалась (Испания, Португалия). В США врачи общей практики в начале практически исчезли, но были восстановлены и получили название семейные врачи, но изменение названия не изменило содержание их работы.

Перед врачом общей практики (семейной медицины) стоит более широкий круг задач, чем перед врачом-специалистом, его деятельность находится в иных условиях. Это определяется прежде всего его приближенностью к населению, именно врач общей пракики (семейной

медицины) первым контактирует с пациентами. Кроме этого, особенностью работы врача общей практики (семейного врача) является автономность его работы. По оценкам ряда исследователей уникальность общей/семейной практики заключается в том, что они имеют дело с недифференцированными заболеваниями и диагнозами на ранних стадиях, как правило, используют простую технологию, испытывают определенные сложности при постановке диагноза, их работа имеет профилактическую направленность, они несут ответственность за здоровье населения, обеспечивают преемственность в оказании медицинской помощи, определяют проблемы только при обоюдном согласии пациента и врача, от семейных врачей требуется высокое искусство в общении с населением, врачу общей практики необходимо более тщательно планировать свое время.

Основные функции врача общей практики были определены Европейским союзом врачей общей практики (European Union of General Practitioners) в 1984 году. Они включают в себя следующее.

Врач общей практики:

- принимает своих пациентов в амбулатории, дома, в отдельных случаях в клинике или стационаре;
- ставит ранний диагноз;
- изучает и обобщает физические, психологические и социальные факторы при рассмотрении проблемы здоровья и болезни;
- принимает первоначальное решение по всем проблемам, которые возникают перед ним как врачом;
- осуществляет постоянное наблюдение за больными с острыми, хроническими заболеваниями или теми, которые находятся в терминальном состоянии;
- использует предоставленные возможности для дальнейшего сбора информации и построения доверительных отношений, которые могут быть использованы в профессиональном плане;
- сотрудничает как с коллегами-медиками, так и со специалистами немедицинских специальностей;
- знает, как и когда назначить лечение, провести профилактику и обучение, как улучшить состояние здоровья как самого больного, так и его семьи;
- осознает свою ответственность перед обществом.

Основной характеристикой врача общей практики в большинстве стран мира является предоставление первичной медико-санитарной помощи всем членам семьи в соответствии с сертификатом деятельности. Спектр услуг, предоставляемых врачом общей практики, включает в себя общую профилактику, диагностику, лечение наиболее распространенных заболеваний у пациентов независимо от их возраста и пола, оказание экстренной и неотложной медицинской помощи, первой помощи, перинатальной помощи, реабилитацию пациентов, часто – малую хирургию и выполнение определенных медицинских манипуляций.

Особенностями лечебно-диагностической работы в общей врачебной практике является то, что во время диагностики и терапии семейный врач чаще всего использует достаточно простые и недорогие методы исследования и лечения.

Врач общей практики, как специалист при первом контакте с пациентом встречается с большим спектром проблем состояния здоровья населения, но в соответствие с материалами английских исследователей около 87% всех обращений составляют 23 симптома, из них 40% это боли разного характера, кашель и простуда, но это не упрощает ситуацию, а наоборот данная симптоматика комбинируется между собой и может быть проявлением самых различных заболеваний. В связи с чем, врач общей практики должен быть высококвалифицированным и иметь опыт работы.

Пациентами врача общей практики чаще всего являются пациенты с острыми легкими заболеваниями терапевтического профиля, а также состояниями, обусловленными в основном психогенными факторами.

В некоторых странах мира принято, что медицинскую помощь женщинам и детям могут оказывать как врачи общей практики так и, соответственно, гинекологи и педиатры (Швеция, Бельгия, Германия, Франция). В Италии дети до 14 лет обслуживаются только педиатрами.

Семейные врачи могут оказывать акушерскую помощь (Великобритания, Нидерланды), заниматься проведением реабилитационных мероприятий в центрах здоровья (Финляндия), обеспечивать пациентов медикаментами (Нидерланды), заниматься дополнительной деятельностью, такой как рентген обследование, расширенные лабораторные исследования (Германия, Австрия), административной работой (Финляндия, Норвегия, Швеция).

Наиболее распространенными формами оказания медицинской помощи населению в Европе во вне рабочее время является заключение специальных договоров между практикующими врачами и населением, исключение составляют крупные города, а также система медицинского обслуживания в Италии, где созданы специальные службы, которые обеспечивают медицинское обслуживание и скорую помощь в то время, когда не работают лечебные учреждения.

В большинстве стран мира к перечню услуг предоставляемых врачами общей практики относятся общая медицинская помощь женщинам и мужчинам, детям, населению пожилого возраста, перинатальная помощь, малая хирургия, реабилитация, планирование семьи, первая медицинская помощь.

Работа врача общей практики должна включать в себя мероприятия с социально-значимыми группами населения (пенсионеры, инвалиды, лица с асоциальным поведением). Врач должен иметь право давать оценку личности пациента.

Кроме этого, врач общей практики оказывает консультативную помощь населению по вопросам планирования семьи, этики и психологии семейных отношений, по выхаживанию и воспитанию детей.

В Украине объем требований, прав, обязанностей и функций врача общей практики (семейной медицины) определен приказом МЗ Украины № 72 от 23.02.2001 года «Про затвердження окремих документів з питань сімейної медицини».

В Украине семейным врачом может быть специалист с высшим медицинским образованием, подготовка которого регламентирована соответствующей образовательной-квалификационной характеристикой и заверена сертификатом по специальности «общая практика – семейная медицина».

Врач общей практики – семейной медицины обеспечивает предоставление квалифицированной первичной лечебно-профилактической помощи прикрепленному по семейно-территориальному принципу населению в объеме квалификационной характеристики врача по специальности «общая практика – семейная медицина» в условиях амбулаторно-поликлинического учреждения и дома.

На должность семейного врача назначается врач, который закончил лечебный или педиатрический факультет высшего медицинского учебного заведения III–IV уровней аккредитации или медицинский факультет университета, прошел первичную специализацию в высшем медицинском учебном заведении системы последиplomного образования по специальности «общая практика – семейная медицина» и имеет сертификат врача-специалиста по этой специальности.

Нагрузка врача общей практики – семейной медицины производится из расчета 1 должность врача на 1100–1200 лиц детского и взрослого населения в сельской местности, 1400–1500 лиц – в городской местности.

Если численность превышает 3000 человек, врач не сможет оказывать необходимые медико-социальные услуги в надлежащем объеме и соответствующего качества.

Расчетные нормы обслуживания для врачей общей практики – семейной медицины устанавливаются на 1 час работы: 5 посещений на приеме в поликлинике, 2 посещения – во время обслуживания больных дома.

Назначение и увольнение врача общей практики – семейной медицины, который работает в учреждении здравоохранения коммунальной собственности осуществляет главный врач лечебно-профилактического учреждения.

Врач общей практики – семейной медицины в своей работе непосредственно подчиняется заведующему отделения общей практики – семейной медицины, в случае его отсутствия – главному врачу амбулаторно-поликлинического учреждения.

Врач общей практики – семейной медицины обязан:

– предоставлять квалифицированную, в том числе неотложную, медпомощь в объеме квалификационной характеристики специалиста по специальности «общая практика – семейная медицина» в условиях амбулаторно-поликлинического учреждения и дома;

– в показанных случаях обеспечивать консультирование больных заведующими отделениями, врачами других специальностей амбулаторно-поликлинического учреждения, по договоренности – специалистами других лечебно-профилактических учреждений;

– проводить подготовку больных к госпитализации и обеспечить своевременное их направление на стационарное лечение;

– использовать в своей работе современные методы профилактики, диагностики, лечения и реабилитации больных при разных заболеваниях;

– осуществлять профилактическую работу, направленную на выявление факторов риска, ранних и скрытых форм заболеваний;

– организовывать и проводить комплекс мероприятий по диспансеризации населения участка (выявление, взятие на учет, проведение лечебно-оздоровительных мероприятий) и наблюдение за состоянием его здоровья;

– проводить санитарно-противоэпидемическую работу на участке;

– проводить санитарно-образовательную работу среди населения участка;

– проводить экспертизу временной нетрудоспособности больных, при наличии показаний направлять их на врачебную консультативную комиссию;

– систематически повышать свою профессиональную квалификацию и уровень медицинских знаний медицинской сестры общей практики – семейной медицины;

– вести учетно-отчетную медицинскую документацию;

– обеспечивать консультирование населения участка по медико-социальным и медико-психологическим вопросам, вопросам планирования семьи;

– организовывать предоставление медицинской помощи населению в экстремальных ситуациях.

Врач общей практики – семейной медицины имеет право:

– осуществлять контроль за работой подчиненного ему среднего и младшего медицинского персонала;

– подавать предложения руководству относительно улучшения организации предоставления медпомощи населению на основах общей практики – семейной медицины;

– принимать участие в совещаниях, научно-практических конференциях, семинарах по вопросам предоставления лечебно-профилактической помощи на основе общей практики – семейной медицины;

– проводить предпринимательскую деятельность по специальности «общая практика – семейная медицина».

Работа врача общей практики – семейной медицины осуществляется по графику, в котором предусмотрены фиксированные часы амбулаторного приема больных, помощь дома, профилактическая и другая работа, которая утверждается главным врачом лечебно-профилактического учреждения.

Основными принципами функционирования семейной медицины являются:

1) ориентация на реализацию национальной политики здравоохранения по сохранению здоровья граждан Украины и доктрины ВООЗ «Здоровье для всех в 21 веке»;

2) общедоступность для всех граждан независимо от положения в обществе, возраста, пола, состояния физического и психического развития;

3) использование научно обоснованных и ориентированных на современные технологии методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, которые базируются на отечественных традициях, передовом опыте и достижениях науки здравоохранения;

4) соблюдение комплексного социального, медицинского, экологического и психологического подхода к охране здоровья;

5) профилактическая направленность, сохранение здоровья и формирование здорового образа жизни;

6) финансирование из разных источников, включая страховые фонды;

7) государственная гарантия медико-санитарного обеспечения семей, отсутствие монопольного характера и возможность здоровой конкуренции.

Формирование контингента для оказания им услуг первичного звена на принципах семейной медицины может осуществляться на основе одного и двух принципов:

– свободного выбора пациентами врача общей практики (семейного врача);

– прикрепления пациентов в зависимости от их места проживания к определенному врачу первичного звена (территориальный принцип).

3. Свободный выбор врача первичного звена

Свободный выбор врача заключается в том, что население самостоятельно выбирает врача первичного звена для постоянного медицинского обслуживания. Периодически, обычно 1 раз в год, но не чаще 1 раза в полгода предоставляется возможность изменить врача. Выбор оформляется документально путем записи лица или семьи в список того или иного врача и представляет собой своеобразный договор между пациентом и врачом.

Как свидетельствуют данные эмпирических наблюдений, к наиболее важным причинам, влияющим на выбор пациентом врача общей практики, в порядке убывания относятся:

- место жительства пациента;
- рекомендации родственников или друзей;
- привлекательность методов работы врача;
- хорошее отношение к детям;
- преемственность (бывший врач уехал);

- лечится у врача с детства;
- недовольство предыдущим врачом;
- невозможность найти другого врача.

В системах здравоохранения различных типов мотивы, побуждающие введение права гражданина на выбор врача, отличаются:

– в управляемых общественностью системах, где здравоохранение рассматривается как «социальное благо», право выбора становится механизмом, с помощью которого люди могут влиять на то, что происходит с ними в рамках системы;

– в системах, которые провозглашают рыночные принципы конкуренции, наличие у пациента права выбора обычно связывается с идеей суверенитета потребителя и роль системы измеряется ее возможностью отвечать «индивидуальным» потребностям пользователей.

Однако, независимо от типологических особенностей национальной системы здравоохранения, возможность выбора и изменения врача общей практики на современном этапе развития рассматривается как неотъемлемое право пациента, реализация которого разворачивает систему оказания медицинской помощи в сторону потребителя медицинских услуг и ориентирует ее на удовлетворение медицинских потребностей населения.

Свободный выбор врача пациентом затрагивает как организационную идеологию, производительность и стимулы, так и сам процесс оказания медицинской помощи. Ведение списков семей или конкретных лиц является обязательным условием для перехода к подушной системе финансирования и оплаты труда персонала первичного звена.

Свобода выбора пациентом врача формирует новый характер отношений между поставщиком (врачом) и потребителем медицинских услуг (пациентом) с существенной активизацией последнего и является обязательным условием для переориентации системы здравоохранения из потребностей медицинских учреждений и служб на нужды населения. Следует подчеркнуть, что этот механизм в полной мере срабатывает только в условиях реальной конкуренции между поставщиками медицинских услуг, каждый из которых пытается повысить качество лечения и удовлетворить запросы пациентов.

Реализация пациентом свободного выбора специалиста, предоставляющего первичную помощь, характеризуется рядом **положительных моментов:**

- повышение внимания врача первичной медико-санитарной помощи к проблемам пациентов и создание условий для повышения качества его работы в связи с зависимостью врача от пациента;
- создание условий для установления длительных партнерских отношений с пациентами и посемейного обслуживания;
- вероятность более тщательного выполнения пациентами назначений врача, наделенного их доверием;

- возможность контроля пациентом некоторых элементов качества медицинского обслуживания;
- повышение удовлетворенности населения в связи с его привлечением к процессу формирования системы медицинского обслуживания;
- создание условий для отбора квалифицированных специалистов первичной помощи.

Вместе с тем следует иметь в виду, что введение принципа свободного выбора врача сначала может породить определенные **проблемы**, к которым можно отнести:

- рост расходов на проведение организационных мероприятий в связи с прикреплением и переприкреплением пациентов к врачу первичного звена (проведение приписной кампании, заполнение регистрационных форм);
- вероятность неравномерности загрузки врачей первичного звена;
- осложнения обслуживания пациентов дома в связи с возможным расширением территории обслуживания;
- возможно ухудшение психологического микроклимата в медицинских коллективах в связи с борьбой медиков за пациентов;
- сопротивление части врачей первичного звена и врачей-специалистов в связи с опасениями последних остаться сначала без нагрузки, а затем вообще без работы;
- высвобождение части врачей и необходимость решения проблем их трудоустройства.

При переходе от системы прикрепления пациентов к свободному выбору необходимо предварительное проведение ряда мероприятий: разъяснительная, маркетинговая кампания по подготовке населения к новой системе, проведение приписной (регистрационной) кампании, организационная подготовка.

Свободный выбор врача первичного звена существует в Австрии, Бельгии, Великобритании, Германии, Италии, Люксембурге, Нидерландах, Франции, Швейцарии.

В Украине свободный выбор врача был задекларирован еще в 1989 году приказом Минздрава бывшего СССР № 938, но до сих пор не создан механизм массового использования этого права человека в демократическом государстве. В то же время, отечественные ученые и практики считают введение свободного выбора врача перспективным направлением в организации работы первичного звена в нашей стране. Для рационализации затрат времени медицинским персоналом целесообразно, чтобы свобода выбора имела определенные географические (территориальные) ограничения.

4. Территориальный принцип прикрепления пациентов к врачу

Принцип закрепления врача для населения определенной территории в зарубежных странах именуют как географический (коммунальный, территориальный). Услуги врачей в области первичной медико-санитарной помощи предоставляются по географическому принципу в таких странах, как

Болгария, Венгрия, Израиль, Исландия, Испания, Литва, Норвегия, Польша, Португалия, Румыния, Словакия, Словения, Финляндия, Хорватия, Швеция. Главным аргументом сторонников закрепления граждан, проживающих на определенной территории, за конкретным врачом общей практики является возможность более эффективной организации прежде всего профилактической и медико-социальной работы, когда те люди, которые проживают в каком-либо конкретном месте, обслуживаются у одного врача или группы врачей.

В Украине, как и в большинстве стран СНГ, сохраняется система прикрепления пациентов, именуемая как территориально-участковый принцип, а в современной интерпретации – семейно-территориальный принцип. Территориально-участковый принцип оказания амбулаторной медицинской помощи (участковость) был ведущей организационной формой здравоохранения СССР, на основе которой строилась и строится до сих пор работа всей внебольничной сети медицинских учреждений на постсоветском пространстве. Суть этого принципа заключается в том, что территория района обслуживания поликлиники распределяется на участке с определенным количеством населения. По каждому из участков закрепляются работники первичного звена (участковые врачи и медицинские сестры), оказывающие медицинскую помощь населению данной территории.

Участковость может быть территориальной, в городе или сельской местности или цеховой – на промышленных предприятиях, но для реализации территориально-участкового принципа на практике необходимо соблюдение ряда условий:

- оптимальная численность населения участка;
- укомплектованность учреждения первичного уровня участковыми врачами и средним медицинским персоналом;
- наличие и соблюдение скользящего графика работы врачей;
- хорошо организованная работа регистратуры.

К положительным характеристикам территориально-участкового принципа относится то, что при правильной его организации и применении существует возможность обеспечить:

– приближение медицинской помощи к месту жительства или работы населения, что в значительной мере обуславливает территориальную доступность медицинской помощи. Территориальная близость лечебного учреждения сохраняет силы, средства и время как населению, так и медицинскому персоналу;

– долговечность (длительное наблюдение населения одним и тем же персоналом) и преемственность в обслуживании пациентов;

– возможность комплексного проведения профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий, диспансерного наблюдения.

Однако применение территориально-участкового принципа сопровождается также и определенными **негативными моментами**:

– прикрепление населения к врачам первичного звена с правовой и этической точки зрения может рассматриваться как нарушение прав

потребителя на свободу выбора и, таким образом, ограничение права человека на охрану здоровья;

– на практике территориально-участковый принцип не позволяет достичь главной цели, ради которой он вводился – медицинского обслуживания на долгосрочной основе. Результаты исследований свидетельствуют, что из числа пациентов поликлиник, которые обращаются к участковым терапевтам, менее половины (47,6%) получают медицинскую помощь у врача «своего» участка, другие обращаются к любому участковому врачу, который ведет прием в момент обращения, если ресурсы последнего (загруженность работой) позволяют оказать помощь;

– система географического прикрепления населения ставит в центр внимания не пациента, а врача, что может привести к игнорированию последним потребностей пациентов, незаинтересованности в привлечении пациентов к решению вопросов поддержки их здоровья;

– территориальное распределение населения неизбежно сдерживает формирование конкурентной рыночной среды в системе первичной медико-санитарной помощи и лишает врача мощного стимула к такому медицинскому обслуживанию, которое удовлетворяло бы пациента своим качеством и организацией;

– отсутствие свободного выбора и конкуренции среди медицинских работников приводит к взаимной (врача и пациента) незаинтересованности друг в друге, и к консервации поддерживающей эту незаинтересованность системы организации первичной помощи.

5. Организационные формы работы семейной медицины (модели семейной медицины)

Эффективность семейной медицины во многом зависит от организационной формы работы семейной медицины. В международной практике принято выделять определенные модели работы врача общей практики (семейного врача).

Врач общей практики может работать один (одионочная практика), в партнерстве (2 врача общей практики), в группе из нескольких врачей (групповая практика).

В последнее время отмечается тенденция к более широкому распространению групповой практики. Так если в 1951 году в Западной Европе 81% врачей общей практики работали в одиночку или вдвоем и 6% врачей общей практики работали в группах врачей, состоящих из 4-х и более человек, то в 1983 году это соотношение было уже 29% и 49%. Основной причиной данной тенденции является то, что на каждого врача приходится меньше дежурств, у врача появляется большая возможность взять отпуск, более широкие возможности для диагностики, лечения (лучшее оборудование, аппаратура), расширение возможностей для профессионального общения, взаимных консультаций, учебы.

В ряде стран (Турция, Израиль, Финляндия, Скандинавские страны) врачи общей практики работают в центрах здоров'я, обслуживающих не менее 10000 населения, в каждом центре не менее 3 врачей общей практики и в среднем 11 человек вспомогательного персонала.

Модели работы врачей общей практики (семейной медицины) формировались в зависимости от социально-экономических условий в той или иной стране и их можно классифицировать следующим образом.

1-я модель – индивидуальная практика (сольный вариант). С позиции экономической рентабельности индивидуальная практика целесообразна в населенных пунктах с малой численностью населения, в новых районах городов без развитой инфраструктуры, при разбросе территориальных участков и др. Индивидуально работающие семейные врачи могут направлять больных в диагностические и вспомогательно-лечебные подразделения лечебно-профилактического учреждения на условиях, обозначенных в контракте. При индивидуальной форме практики врач работает один или вместе со средним медицинским персоналом и является независимым хозяйственным субъектом, который самостоятельно формирует свою прибыль и отвечает по своим финансовым обязательствам. Часть врачей общей практики предпочитают работать индивидуально, что объясняется *следующими причинами*: не всегда возможно работать в группах, когда население проживает на очень больших территориях; когда нет коллег, тогда меньше возможностей возникновения конфликтов; врач, который работает сам, лучше знает своих больных, поскольку отвечает за меньшее количество пациентов; обслуживание больных может быть на самом высоком уровне, если врач придерживается высоких стандартов, но если врач отойдет от некоторых стандартов компетенции, то нет никого, кто бы обратил на это внимание.

Индивидуальные врачебные практики на современном этапе развития не могут быть отнесены к перспективным формам организации первичной медико-санитарной помощи прежде всего из-за ограниченности возможностей создания достаточно прочной материально-технической базы, позволяющей использовать соответствующие уровню помощи современные диагностические и лечебные технологии. Индивидуальная врачебная практика целесообразна только в местностях с низкой плотностью населения, где функционирование группы врачей экономически нерентабельно. Мировой опыт свидетельствует о замене индивидуальных практик групповыми.

2-я модель – спаренный вариант Во втором варианте (спаренном) вместе работают два семейных врача или два родственных врача. Один из которых больше специализируется в педиатрии, а второй в терапии.

3-я модель – групповая семейная практика. Все врачи – семейные врачи, каждый имеет свой семейно-территориальный участок. Все семейные врачи работают в одном помещении семейной медицины. Групповая семейная практика в организационном аспекте предусматривает работу ячейки семейной медицины разного количества семейных врачей, которые имеют полную

самостоятельность (юридическое лицо), или начали свою деятельность в филиале поликлиники, больницы или медицинского объединения. Группа семейных врачей также может работать в поликлинике, и если их больше 5–7 человек, то можно сформировать самостоятельное отделение семейных врачей.

Функционирование группы семейных врачей (групповая семейная практика) может осуществляться на разных основах:

1) они работают только как семейные врачи и имеют закрепленные семейные территориальные участки;

2) все они являются семейными врачами, однако ещё в отдельности специализируются и предоставляют медицинскую помощь в разных областях медицины.

Последний вариант, в зависимости от количества семейных врачей, может быть представлен двумя формами: А – группа врачей небольшая и они охватывают дополнительно, кроме семейной практики, ещё и основные виды медицинской помощи – терапевтическую, педиатрическую, акушерство-гинекологическую, хирургическую с травматологией; Б – это большая группа (больше 7–9 человек), каждый из которых специализируется в предоставлении разных видов специализированной медицинской помощи.

4-я модель – многопрофильные центры здоровья. В ряде стран (Турция, Израиль, Финляндия, скандинавские страны) врачи общей практики работают в центрах здоров'я, обслуживающих не менее 10000 населения, в каждом центре не менее 3 врачей общей практики и в среднем 11 человек вспомогательного персонала. В отличие от большинства одиночных и групповых практик, в состав центра здоровья входят лаборатория, рентгеноновский кабинет, больничные койки для острых и хронических больных. Некоторые центры имеют своих собственных консультантов-специалистов, но в любом случае получают внешние консультации от врачей специалистов. Центр здоровья это не здание, это система организации медицинской помощи. Акцент в центрах здоров'я делается на охрану материнства и детства, сохранения здоровья пожилого населения, планирования семьи, формирования здорового образа жизни и т.д.

В центрах здоровья нет персональной ответственности, все врачи несут коллективную ответственность. Население имеет приписку к центру здоровья, это вызывает ряд проблем и не очень устраивает пациентов. В связи с чем рассматриваются варианты персональной ответственности врачей.

В странах могут одновременно присутствовать разные модели работы врачей общей практики, как правило с преобладанием какой-либо одной. Индивидуальная практика чаще всего встречается в Австрии, Бельгии, Дании. Групповая практика преобладает в Великой Британии, США. Центры здоровья распространены в скандинавских странах.

Предлагаемые модели имеют свои плюсы и минусы, однако, выбор той или иной модели для внедрения в практику зависит от мощности и местоположения медицинского учреждения, которое желает осуществить

переход к медико-санитарному обеспечению на основах семейной медицины, материально-технической и финансово-экономической базы, а также степени подготовки самих врачей и желания их работать в том или другом аспекте.

Сольные и спаренные варианты наилучшие для населения, так как в этих случаях ячейки семейной медицины расположены непосредственно на семейном территориальном участке.

Групповая семейная практика может быть рекомендована как в больших городах, так и в небольших населенных пунктах, однако, это более экономически выгодная модель функционирования семейной медицины, при которой семейные врачи представляют ещё и специализированные виды медицинской помощи.

При функционировании любого из вариантов должен остаться свободный выбор пациентом семейного врача, несмотря на то, что за ним закрепляется определенная территория обслуживания. О выборе другого врача подопечные должны сообщить участковому семейному врачу, а в дальнейшем между этими врачами имеет место передача определенной информации, в особенности об инфекционных и венерических заболеваниях.

Итак, выбор модели функционирования семейной медицины зависит от конкретных условий с учетом многих экономических, социальных, медицинских и других факторов. Решение может непосредственно приниматься самим населением и органами местной власти при активном участии руководства органов и учреждений здравоохранения, прерогативой которых является разработка соответствующих программ усовершенствования первичной медико-санитарной помощи на основах семейной медицины.

Все описанные модели семейной медицины должны функционировать в тесном содружестве с диагностично-консультационными лечебными реабилитационными центрами, детскими и родильными домами, а также структурами социального обеспечения.

В перспективе, если семейные врачи будут проживать непосредственно на территории закрепленного участка, и будут приняты соответствующие нормативные документы, им необходимо будет предоставлять круглые сутки скорую и неотложную медицинскую помощь. Ясно, что для этого должна быть обеспечена соответствующая материально-техническая база, обучение врачей и медицинских сестер, а также финансово-экономические расчеты за выполненную работу.

Опыт успешных систем здравоохранения многих стран указывает, что там где есть развитая общая врачебная и медицинская практика, семейные врачи на высоком профессиональном уровне обеспечивают предоставление населению неотложной помощи. Они более серьезно и ответственно относятся к диспансеризации хронических больных, и количество вызовов на дом в вечернее и ночное время в три-четыре раза меньше, чем в тех системах медобеспечения, где функционирует врачебная неотложная помощь в виде отдельного структурного подразделения. Существующая, как и бывшая система здравоохранения не может обеспечить преемственности в работе между

станциями скорой помощи и участковыми службами территориальных поликлиник.

За включение в обязанности семейных врачей предоставления неотложной помощи жителям закрепленных семейно-территориальных участков, говорит также то, что они хорошо знают своих пациентов, функциональное состояние их органов и систем, ранее перенесённые заболевания, генетический статус, а также восприятие организмом больных тех или иных медпрепаратов. Семейные врачи могут поставить своим больным диагноз легче и быстрее, нежели врачи неотложной помощи, которые видят пациентов впервые и имеют ограниченное время визита.

Эффективное функционирование всех моделей семейной медицины является возможным при условии надлежащего психологического и социального обеспечения. Специалисты семейной медицины должны иметь соответствующий социально-правовой статус, а новая форма организации и предоставление медико-санитарной помощи должны активно поддерживаться органами местного самоуправления, депутатскими комиссиями здравоохранения и широкими кругами общественности.

В странах постсоветского пространства амбулаторно-поликлиническую помощь оказывали по территориальному принципу участковые врачи. В связи с переходом на принципы семейной медицины действующая поликлиническая сеть может и должна сыграть важную роль в обеспечении населения первичной медицинской помощью. Это целесообразно, учитывая уже существующую широкую сеть поликлиник, которая позволяет сэкономить средства на строительство новых учреждений. Внедрение семейной медицины в этих условиях требует лишь существенных изменений организационных форм их деятельности.

В таком случае к учреждениям оказания первичной медико-санитарной помощи в городской местности относятся: амбулатории; самостоятельные городские поликлиники (терапевтические отделения, отделения семейной медицины); поликлинические отделения при многопрофильных больницах; поликлиники МСЧ (цеховые врачи-терапевты); здравпункты; самостоятельные детские поликлиники или детские отделения при поликлиниках для взрослых (педиатрические отделения, отделения семейных врачей, дошкольно-школьные отделения) и др.

В городской местности главным учреждением по оказанию первичной медико-санитарной помощи являются поликлиники – терапевтические и педиатрические отделения для взрослых и детей. Эта помощь оказывается в настоящее время как правило участковыми врачами-терапевтами и педиатрами, в дальнейшем – семейными врачами. В их задачи входит:

- оказание первичной медико-санитарной помощи на амбулаторном приеме и на дому;
- при необходимости оказание неотложной помощи;
- направление больных на госпитализацию;

- направление больных на консультацию к специалистам;
- проведение профилактических мероприятий (диспансеризация отдельных групп населения, санитарно-просветительная работа);
- своевременное выявление инфекционных больных и организация проведения мероприятий в очаге;
- при необходимости организация лечения больных в условиях домашнего стационара;
- изучение и анализ состояния здоровья населения участка;
- анализ своей деятельности.

В сельской местности соответственно: самостоятельные врачебные амбулатории; амбулатории в составе участковых больниц; фельдшерско-акушерские пункты; поликлиники центральных районных больниц, отделения семейной медицины при них.

В сельской местности для оказания ПМСП жителям отдаленных населенных пунктов организовываются сельские врачебные участки. На значительной части участка ПМСП оказывают сельские амбулатории, а на трети – участковые больницы, в состав которых входят и врачебные амбулатории. Доврачебную медицинскую помощь сельским жителям обеспечивают фельдшерско-акушерские пункты (ФАП). В настоящее время эти учреждения активно используются для оказания первичной медико-санитарной помощи на принципах семейной медицины.

6. Амбулатория семейной медицины и ее структурные подразделения

В современных условиях наиболее рационально обеспечивать население первичной медико-санитарной помощью на принципах семейной медицины в специальных учреждениях – семейных амбулаториях.

Амбулатория семейной медицины может быть организована как:

- самостоятельное амбулаторно-поликлиническое учреждение, подчиненное соответствующему органу здравоохранения;
- подразделение коммунального поликлинического учреждения;
- подразделение негосударственного медицинского учреждения;
- частное медицинское учреждение (в них могут работать несколько врачей).

В регионах и городах Украины применяют различные организационные формы оказания первичной медико-санитарной помощи. Действуют семейные амбулатории с одним врачом, отделения семейных врачей (бригады). Более целесообразной считают групповую практику.

Если семейная амбулатория находится в составе многопрофильной больницы, то главный врач амбулатории подчиняется главному врачу, заведующему отделением общей практики (семейной медицины) этой больницы.

Число врачей семейной амбулатории зависит от числа пациентов и существующих нормативов. Кроме семейного врача, могут быть врач-стоматолог, акушерка, лаборант, медицинские сестры.

Руководит амбулаторией заведующий, опытный врач, который так же занимается финансово-хозяйственной деятельностью. Финансируется амбулатория из государственного или местного бюджетов, за счет страховых взносов и взносов пациентов. Амбулатория пользуется правом юридического лица, имеет круглую печать, штамп, счет в банке. Амбулатория имеет имущество и автотранспорт. Амбулатория ведет учетную и отчетную документацию установленного образца.

Структура и штаты амбулатории зависят, прежде всего, от числа жителей, которые находятся под ее опекой. Амбулатория должна иметь: регистратуру; кабинет врача; кабинет осмотра; манипуляционную; экспресс-лабораторию; кабинет функциональной диагностики; физиотерапевтический кабинет; операционно-перевязочную комнату; стерилизационную; комнату для медицинского персонала; хозяйственную комнату; палату для дневного пребывания больных.

Задачами амбулатории семейной медицины являются:

- мониторинг за состоянием здоровья, факторами и условиями, определяющими здоровье населения, реализацией профилактических мероприятий и программ с оценкой их эффективности;
- обучение элементам гигиены, соблюдения здорового образа жизни, приемам предоставления само- и взаимопомощи;
- привлечение к решению проблем здравоохранения населения подготовленного санитарного актива, общественных организаций, работодателей, органов местного самоуправления;
- обеспечение на закрепленной территории гарантированного объема первичной медико-санитарной помощи;
- предоставление скорой и неотложной помощи при состояниях, которые угрожают жизни, травмах и отравлениях каждому человеку, независимо от местожительства, национальности, вероисповедания и экономического состояния;
- осуществление профилактической работы, направленной на устранение факторов риска, выявление латентных и ранних форм заболеваний;
- динамическое наблюдение за состоянием здоровья каждого гражданина закрепленной территории и членов его семьи на протяжении всей жизни, а также, людей других участков по их желанию;
- активное участие в реализации программ, которые оказывают содействие охране здоровья граждан и их семей, в особенности женщин и детей;
- организация предоставления всех вторичных (кроме первичной) видов медпомощи (специализированной и узкоспециализированной) у разных специалистов поликлиник и стационарных условиях;

– участие в предоставлении медико-социальной помощи инвалидам, лицам преклонного возраста и др. социально-незащищенным группам населения.

В амбулаторно-поликлинических учреждениях в которых работает группа семейных врачей в количестве не менее 5–7 человек, можно сформировать самостоятельное отделение семейных врачей.

Отделение общей практики – семейной медицины организуется для предоставления квалифицированной первичной лечебно-профилактической помощи прикрепленному населению по семейно-территориальному принципу. Отделение общей практики – семейной медицины организуется как структурный подраздел амбулаторно-поликлинического учреждения при наличии 3 и больше должностей врачей. Отделение общей практики – семейной медицины возглавляет врач общей практики – семейной медицины, который, назначается и освобождается главным врачом лечебно-профилактического учреждения.

Задачами отделения общей практики – семейной медицины являются:

– обеспечение квалифицированной, в том числе неотложной медпомощью, прикрепленного населения в объеме специальности «общая практика – семейная медицина» в условиях поликлиники и дома;

– направление больных на консультацию к врачам других специальностей поликлиники и по договоренности – в другие лечебно-профилактические учреждения,

– организация и проведение консилиумов с привлечением специалистов поликлиники и других лечебно-профилактических учреждений;

– при наличии показаний – организация направления больных в стационар;

– проведение экспертизы временной потери трудоспособности;

– обеспечение преемственности в работе с отделениями поликлиники и другими лечебно-профилактическими учреждениями;

– осуществление комплекса мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, травм, отравлений, снижение инвалидности и смертности населения;

– обеспечение проведения диспансеризации населения и наблюдение за состоянием его здоровья;

– организация и проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий на участке;

– проведение санитарно-образовательной работы среди населения, пропаганда здорового образа жизни;

– внедрение современных методов профилактики, диагностики, лечения, реабилитации при разных заболеваниях;

– ведение учетно-отчетной медицинской документации;

– консультация населения участка по медико-социальным, психологическим вопросам, вопросам планирования семьи.

Врачи, которые работают в отделении общей практики – семейной медицины, обследование и лечение больных проводят в лечебно-диагностических службах учреждения, в составе которого функционирует отделение и по договоренности – в других лечебно-профилактических учреждениях.

В состав отделения общей практики – семейной медицины входят кабинеты врачебного приема, операционно-перевязочный блок, смотровой кабинет, манипуляционная, кабинет заведующего отделением, кабинет старшей медсестры, а также лаборатория, кабинет функциональной диагностики, физиотерапевтический кабинет при условии отсутствия соответствующих профильных отделений в составе лечебно-профилактического учреждения.

Штатные нормативы медицинского персонала отделения общей практики – семейной медицины устанавливаются из расчета 1 должность семейного врача на 1100–1200 лиц взрослого и детского населения в сельской местности, 1400–1500 лиц – в городской местности. Должности медицинских сестер общей практики – семейной медицины вводятся из расчета 1,5 должности на 1 должность врача общей практики – семейной медицины, 1 должность младшей медицинской сестры вводится из расчета на 3 врача, которые ведут амбулаторный прием.

Должность заведующего отделением вводится вместо 0,5 должности врача общей практики – семейной медицины, должность старшей медицинской сестры вводится вместо 0,5 должности медицинской сестры общей практики – семейной медицины. Должность сестры-хозяйки вводится вместо 0,75 должности младшей медицинской сестры.

Прикрепленное к отделению население утверждается главным врачом лечебно-профилактического учреждения.

Режим работы отделения общей практики – семейной медицины утверждается главным врачом лечебно-профилактического учреждения

Финансирование отделения общей практики – семейной медицины осуществляется за счет ассигнований лечебно-профилактического учреждения, в составе которого оно функционирует.

Персонал отделения общей практики – семейной медицины в своей работе руководствуется действующим законодательством, данным положением, приказами, другими указаниями МЗ Украины, распоряжениями и приказами территориальных органов управления здравоохранением, которым подчинено лечебно-профилактическое учреждение, приказами главного врача лечебно-профилактического учреждения и положением об отделении.

Планы работы, отчеты и анализ деятельности отделения составляются заведующим отделением и подаются руководству в установленном порядке.

ПРАКТИЧЕСКИЕ ЗАДАНИЯ

Задание

На основании нижеприведенных данных необходимо рассчитать показатели деятельности амбулатории семейной медицины, сделать выводы и разработать предложения по улучшению работы врача общей практики/семейного врача.

Исходные данные для расчета показателей деятельности врача общей практики/семейной медицины

№ п/п	Исходные данные учреждения	Количественные характеристики
1.	Среднегодовое количество населения (тыс. чел.)	5700
2.	Количество состоящих на учете диспансерных больных	2455
3.	Общее число больных с данным заболеванием	2808
4.	Лица возрастной группы охваченные вакцинацией	189
5.	Лица возрастной группы подлежащие вакцинации	1810
6.	Новорожденные, осмотренные в ЛПУ в первые 3 дня после выписки из роддома	39
7.	Общее число новорожденных	46
8.	Дети, которые не болели на протяжении года	201
9.	Общее число детей	1900
10.	Количество аборт	45
11.	Количество женщин фертильного возраста	2850
12.	Взяты на учет беременные со сроком до 12 недель	37
13.	Общее количество беременных	45
14.	Фактические врачебные посещения	70001
15.	Плановые врачебные посещения	74001
16.	Профилактические врачебные посещения	24700
17.	Общее количество врачебных посещений	74001
18.	Доноры	437
19.	Дефекты ухудшающие здоровье	4
20.	Экспертизы первичных медицинских документов	9
21.	Дефекты увеличивающие стоимость лечения	1

**Расчет и анализ
показателей работы врача общей практики (семейного врача):**

Полнота охвата больных диспансерным учетом:

$$\frac{\text{Количество больных, которые находятся на диспансерном учете по поводу данного заболевания} - 2455}{\text{Общее число зарегистрированных больных с данным заболеванием} - 2808} \times 100 = 87,43\%$$

Охват ранним врачебным учетом новорожденных:

$$\frac{\text{Количество новорожденных, осмотренных в ЛПУ в первые 3 дня после выписки из роддома} - 39}{\text{Общее число новорожденных} - 46} \times 100 = 84,78\%$$

Индекс здоровья детей:

$$\frac{\text{Количество детей возрастной группы, которые не болели на протяжении года} - 201}{\text{Общее число детей данной возрастной группы} - 1900} \times 100 = 10,58\%$$

Частота аборт (у женщин фертильного возраста):

$$\frac{\text{Число абортов} - 45}{\text{Количество женщин фертильного возраста} - 2850} \times 1000 = 15,79\%$$

Охват декретированного населения вакцино-профилактикой:

$$\frac{\text{Количество лиц возрастной группы которые были охвачены вакцинацией} - 189}{\text{Общее количество лиц данной возрастной группы которое подлежит вакцинации} - 1810} \times 100 = 10,44\%$$

Ранний охват беременных диспансерным учетом:

$$\frac{\text{Количество беременных взятых на учет со сроком до 12 недель} - 37}{\text{Общее количество беременных} - 45} \times 100 = 82,22\%$$

Выполнение плана посещений:

$$\frac{\text{Фактическое количество врачебных посещений} - 70001}{\text{Плановое число врачебных посещений} - 74001} \times 100 = 94,59\%$$

Удельный вес профилактических посещений:

$$\frac{\text{Количество врачебных посещений с профилактической целью} - 24700}{\text{Общее количество врачебных посещений} - 74001} \times 100 = 33,38\%$$

***Количество доноров:**

$$\frac{\text{Количество доноров} - 437}{\text{Среднегодовая численность населения} - 5700000} \times 1000 = 0,08\%$$

Среднее количество выявленных дефектов, ухудшающих здоровье (на 1-го больного)

$$\frac{\text{Количество выявленных дефектов, ухудшающих здоровье} - 4}{\text{Общее количество экспертиз первичных медицинских документов в ЛПУ} - 9} = 0,44$$

Среднее число выявленных дефектов, увеличивающих стоимость лечения:

$$\frac{\text{Количество выявленных дефектов, увеличивающих стоимость лечения} - 1}{\text{Общее количество экспертиз первичных медицинских документов в ЛПУ} - 9} = 0,11$$

Анализ и выводы.

На основании полученных результатов необходимо сделать вывод об удовлетворительной работе семейного врача, но в тоже время отмечаются низкие показатели полноты охвата больных диспансерным учетом, недостаточный ранний врачебный учет новорожденных, низкий показатель индекса здоровья детей и др.

Мероприятия по улучшению работы семейного врача.

Для улучшения показателей в работе семейного врача медицинскому персоналу рекомендуется периодически, своевременно проходить курсы повышения квалификации, в работе максимально придерживаться протоколов обследования и лечения пациентов, улучшать материально-техническую базу, повышать степень доверия населения официальной медицине.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Дайте определение понятия «первичная медико-санитарная помощь».
2. Поясните термины врач общей практики и семейной медицины.
3. Какие характерные признаки объединяют семейную медицину не зависимо от базовых систем здравоохранения?
4. Основные функции врача общей практики (семейной медицины) в соответствии с Европейским союзом врачей общей практики (European Union of General Practitioners).
5. Кто имеет право работать врачом общей практики (семейным врачом), его нагрузка и функция рабочего времени?
6. Права и обязанности врача общей практики (семейной медицины).
7. В чем заключается принцип «Свободный выбор врача первичного звена», его особенности?
8. В чем заключается «Территориальный принцип прикрепления пациентов к врачу», его преимущества?
9. Цель и задачи семейной медицины.
10. Принципы оказания медицинской помощи на основах семейной медицины.
11. Модели функционирования семейной медицины.
12. Структура амбулатории семейного врача и организация ее работы.
13. Основные положения квалификационной характеристики семейного врача.
14. Медицинский паспорт семьи и его характеристика.
15. Показатели деятельности семейного врача (амбулатории), учетная документация амбулатории семейного врача

СОДЕРЖАНИЕ

Методика проведения занятия.....	3
Основной теоретический материал для подготовки к занятию.....	6
1. Понятие и основные признаки общей медицинской практики	6
2. Врач общей практики (семейной медицины)	7
3. Свободный выбор врача первичного звена	12
4. Территориальный принцип прикрепления пациентов к врачу	14
5. Организационные формы работы семейной медицины (модели семейной медицины).....	16
6. Амбулатория семейной медицины и ее структурные подразделения.....	21
Практические задания	25
Контрольные вопросы.....	28

Учебное издание

СОЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Методические разработки для преподавателей
к проведению практического занятия по теме:
**«Семейная медицина и ее значение в системе медицинской
помощи населению. Содержание и организация работы
семейного врача (общей практики)»**
для подготовки студентов 6 курсов
по специальности: 7.12010001 «Лечебное дело», 7.12010002,
«Педиатрия», 7.12010003 «Медико-профилактическое дело».

Составители: ***Огнев Виктор Андреевич***
Зинчук Андрей Николаевич

Ответственный за выпуск ***В.А. Огнев.***

Формат А5. Ризография. Ум. друк. арк. 1,81.
Тираж 100 прим. Зам. № 16-33211.

Редакційно-видавничий відділ
ХНМУ, пр. Леніна, 4, м. Харків, 61022
izdatknmu@mail.ru, izdat@knmu.kharkov.ua

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавництв, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції серії ДК № 3242 від 18.07.2008 р.