

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Ставропольский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра пропедевтики детских болезней с курсом дополнительного
профессионального образования

ЛЕКЦИОННЫЙ МАТЕРИАЛ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Наименование дисциплины	Сестринское дело в семейной медицине
----------------------------	---

Специальность	34.03.01 – Сестринское дело
---------------	------------------------------------

Форма обучения	очная
----------------	-------

Год начала подготовки	2025
-----------------------	------

ТЕМА 2	Организационные модели общей врачебной практики
---------------	--

Лекционный материал по дисциплине «Сестринское дело в семейной медицине»:

Разработаны:

Ассистент кафедры пропедевтики
детских болезней с курсом
дополнительного профессионального
образования, к.м.н.

Шिशалова Т.Н.

Обсуждены

на заседании кафедры пропедевтики
детских болезней с курсом
дополнительного профессионального
образования, зав. кафедрой, д.м.н.,
профессор

Безроднова С.М.

Согласованы и рекомендованы к использованию в образовательном
процессе для обучающихся по специальности 34.03.01 - Сестринское дело
2025 года набора очной формы обучения

Руководитель ОПОП ВО
Декан факультета гуманитарного и
медико-биологического
образования

Шिशалова Т.Н.

Федько Н.А.

Лекционный материал по дисциплине «Сестринское дело в семейной
медицине» размещен в ЭИОС университета в авторской редакции

Цель	Ознакомить обучающихся с организационными моделями общей врачебной практики
Учебные вопросы	1.Зарубежные модели общей врачебной практики. 2.Отечественные модели семейной медицины.

Несмотря на многообразие конкретных форм организации системы охраны здоровья населения, специфику экономических отношений в этой сфере жизнедеятельности общества, можно все же выделить ряд параметров, отражающих общность развития, присущую разным странам. К числу таких параметров, выражающих основные черты системы здравоохранения, ее главные экономические характеристики, можно отнести:

- отношения собственности;
- способы финансирования (получения ресурсов);
- механизмы стимулирования медицинских работников (производителей) и населения (потребителей);
- формы и методы контроля объема и качества медицинской помощи.

В каждой стране исторически складывается и развивается свой способ привлечения экономических ресурсов для оказания медицинской помощи, сохранения и укрепления здоровья населения. Количество и качество выделяемых обществом ресурсов, эффективность их использования в сфере здравоохранения определяется сложной системой экономических, политических, нравственно-этических и иных отношений, исторически сложившихся в стране.

Наличие в той или иной стране соответствующей системы здравоохранения определяется многими обстоятельствами. Все зависит от того, что лежит в основе классификации той или иной системы здравоохранения.

Так с точки зрения социально-политической структуры общества условно выделяют пять типов систем здравоохранения: 1) классическая (неупорядоченная), 2) плюралистическая, 3) страховая, 4) национальная, 5) социалистическая.

Российские ученые, с точки зрения приближения к сущности отношений в здравоохранении (О.П. Щепины, В.Б. Филатов, Я.Д. Погорелов и др.), предлагается различать три основных типа систем здравоохранения: а) утилитарную, б) коммунотарную, в) либеральную, в соответствии с тем, как Г. Жаркович с соавторами определяет общественные ценности "благополучного общества". Другие авторы (И.А. Торгунов и др.) считают, что в современном подходе к типологии систем здравоохранения, изначально должны преобладать правовые характеристики универсальных отношений врача и пациента, в свою очередь определенные фундаментальными (конституционными) свободами личности.

Экспертами Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) (S. Hakansson, B. Majnoni, D'Intignano, G.H. Mooney, J.L. Roberts, G.L. Stoddart, K.S. Johansen, H. Zollner) предложена классификация, по которой различается три первичных типа систем здравоохранения:

- 1 – государственная, или система Бевериджа;
- 2 – система, основанная на всеобъемлющем страховании здоровья, или система Бисмарка;
- 3 – негосударственная, рыночная или частная система здравоохранения.

Обычно большинство авторов выделяют следующие модели:

- 1) универсалистская (модель Бевериджа),
- 2) социального страхования (модель Бисмарка),
- 3) "южная модель" (Испания, Португалия, Греция и частично Италия),
- 4) институциональная или социал-демократическая "скандинавская модель",
- 5) либеральная (остаточного социального обеспечения),
- 6) консервативная корпоративная (Япония),

- 7) латиноамериканская,
- 8) системы здравоохранения индустриальных государств Восточной Азии,
- 9) системы здравоохранения стран с переходной экономикой.

Экономические модели систем охраны здоровья разных стран могут быть обозначены в зависимости от того, какую роль и функции выполняет государство в этих процессах.

В настоящее время все существующие системы здравоохранения сводят к трем основным экономическим моделям. Однозначных общепринятых названий у этих моделей нет, но описания их основных параметров дается специалистами, в общем, одинаково. Это: платная медицина, основанная на рыночных принципах с использованием частного медицинского страхования, государственная медицина с бюджетной системой финансирования и система здравоохранения, основанная на принципах социального страхования и регулирования рынка с многоканальной системой финансирования.

Для *первой модели* характерно предоставление медицинской помощи преимущественно на платной основе, за счет самого потребителя медицинских услуг, отсутствие единой системы государственного медицинского страхования. Главным инструментом удовлетворения потребностей в медицинских услугах является рынок медицинских услуг. Ту часть потребностей, которая не удовлетворяется рынком (малообеспеченные слои населения, пенсионеры, безработные) берет на себя государство путем разработки и финансирования общественных программ медицинской помощи. Наиболее ярко она представлена здравоохранением США, где основа организации здравоохранения - частный рынок медицинских услуг, дополняемый государственными программами медицинского обслуживания бедных "Medicaid" и пенсионеров "Medicare". Такую модель обычно называют платной, рыночной, американской, иногда - системой частного страхования.

Вторая модель характеризуется значительной (исключительной) ролью государства. Финансирование здравоохранения осуществляется главным образом из госбюджета, за счет налогов с предприятий и населения. Население страны получает медицинскую помощь бесплатно (за исключением небольшого набора медицинских услуг). Таким образом, государство является главным покупателем и поставщиком медицинской помощи, обеспечивая удовлетворение большей части общественной потребности в услугах здравоохранения. Рынку здесь отведена второстепенная роль, как правило, под контролем государства. Эта модель с 1948 г. существует в Великобритании. Она характерна также для Ирландии (1971 г.), Дании (1973 г.), Португалии (1979 г.), Италии (1980 г.), Греции (1983 г.) и Испании (1986 г.). Ее называют государственной, бюджетной, госбюджетной.

Третью модель определяют как социально-страховую или систему регулируемого страхования здоровья. Данная модель здравоохранения опирается на принципы смешанной экономики, сочетая в себе рынок медицинских услуг с развитой системой государственного регулирования и социальных гарантий, доступности медицинской помощи для всех слоев населения. Она характеризуется в первую очередь наличием обязательного медицинского страхования всего или почти всего населения страны при определенном участии государства в финансировании страховых фондов. Государство здесь играет роль гаранта в удовлетворении общественно необходимых потребностей всех или большинства граждан в медицинской помощи независимо от уровня доходов, не нарушая рыночных принципов оплаты медицинских услуг. Роль рынка медицинских услуг сводится к удовлетворению потребностей населения сверх гарантированного уровня, обеспечивая свободу выбора и суверенитет потребителей. Многоканальная система финансирования (из прибыли страховых организаций, отчислений от зарплаты, государственного бюджета) создает необходимую гибкость и устойчивость финансовой базы социально-страховой медицины.

Наиболее ярко данная модель представляется здравоохранением ФРГ, Франции, Нидерландов, Австрии, Бельгии, Голландии, Швейцарии, Канады и Японии.

В социально-страховую модель включены признаки и государственной, и рыночной моделей. В зависимости от того, какие параметры преобладают, социально-страховая модель может быть ближе либо к государственной, либо к рыночной. Например, социально-страховые модели систем здравоохранения стран Скандинавии и Канады имеют много общего с государственной моделью, а система здравоохранения Франции близка к рыночной.

Рыночная модель организации системы здравоохранения - одна из наиболее качественных, но, в то же самое время, одна из наиболее дорогих моделей. Например, чисто экономический вклад здоровья как одного из важнейших параметров труда в экономику США оценивается на уровне 10% ВВП, т. е. в сотни миллиардов долларов, но затраты на обслуживание здравоохранения еще выше и составляют 14% ВВП.

Таким образом, с экономической точки зрения эта модель является неэффективной, требующей перерасхода денежных средств. Кроме того, в системе здравоохранения, организованной на рыночных принципах, не обеспечиваются социальные гарантии населения в получении медицинских услуг. Рыночная модель не обладает свойством доступности для всех слоев своих граждан. Наблюдается также крайняя неравномерность в потреблении медицинских услуг, которая тесно коррелирует с дифференциацией доходов. Так, в 1990 г. 70% всех полученных медицинских услуг приходилось на 10% населения.

В Канаде действует Национальная система страхования здоровья. Эта система государственного социального страхования гарантирует медицинскую страховку практически всем гражданам страны. Причем размер получаемой медицинской помощи не зависит от величины страхового взноса, человеку не может быть отказано в страховке из-за пожилого возраста или плохого состояния здоровья.

Денежные средства производителям медицинских услуг в Канаде поступают из одного источника - системы национального страхования, которая аккумулирует средства трех фондов: федеральных фондов и фондов провинциальных бюджетов; фондов частных страховых компаний; добровольных пожертвований.

Сфера деятельности частных страховых компаний ограничена, им позволено страховать лишь тех услуг, которые не включены в планы обязательного медицинского страхования (ОМС), например, частные больничные палаты, услуги косметической хирургии.

В основном провинции аккумулируют свои фонды для здравоохранения из общих провинциальных налогов, но в ряде провинций (Альберта, Британская Колумбия) жители выплачивают специальный страховой взнос, а в провинции Квебек работодатели и работники выплачивают специальный налог на заработную плату для целей медицинского страхования.

Среди многообразия конкретных форм организации системы здравоохранения в разных странах, использующих социально-страховую модель, хотелось бы остановиться еще на системе охраны здоровья Японии.

Здравоохранение Японии представляет большой интерес в связи с тем, что этой стране удалось в сравнительно короткий срок достигнуть самых высоких показателей здоровья населения, хотя, не в последнюю очередь, это связано с условиями и образом жизни.

Япония является первой страной Азии, где в 1961 г. было введено страхование здоровья в общенациональном масштабе, хотя ряд законов о страховании, частично компенсировавших расходы на медицинское обслуживание, был принят намного раньше: в 1922 г. - об обязательном страховании служащих, в 1938 г. - о национальном страховании здоровья, в 1939 г. - о страховании моряков, в 1953 г. - о страховании поденных рабочих.

В настоящее время в Японии сложилась общественная система охраны здоровья, включающая общественную гигиену, социальное обеспечение, медицинское страхование, медицинское обслуживание некоторых групп населения за счет средств государства.

В целом расходы на здравоохранение в Японии составляют всего около 6,6% ВВП. Каждое медицинское учреждение является самостоятельной организацией. 80% больниц принадлежит частнопрактикующим врачам. В настоящее время медицинское обслуживание Японии финансируется в основном за счет фондов страхования здоровья. Подавляющее большинство населения Японии попадает под действие двух основных систем медицинского страхования: национальной системы страхования здоровья, построенной по территориальному принципу, и системы страхования лиц наемного труда, построенной по производственному принципу.

Рассмотрим эффективность каждой из моделей с точки зрения возможности применения в условиях переходной экономики. Для этого обозначим характерные черты, присущие экономике переходного периода:

1. Дефицит государственного бюджета.
2. Спад производства.
3. Высокий уровень безработицы.
4. Низкий уровень доходов населения.
5. Высокие темпы инфляции.

В условиях спада производства и роста безработицы, которые влекут за собой ухудшение качества жизни, потребность в медицинских услугах возрастает. Поэтому функционирование лечебно-профилактических учреждений нуждается, в первую очередь, в бесперебойном финансировании. Следовательно, в переходный период, с характерным для него дефицитом государственного бюджета, рассчитывать на эффективность государственной модели организации системы здравоохранения не приходится.

Деятельность врачей общей практики в России и за рубежом

Создание института врачей общей практики в России началось в 1988 г. (акад. РАМН Денисов И.Н., акад. РАМН Шабров А.В.). В настоящее время ВОП работают в основном в государственных медицинских учреждениях (территориальные поликлиники, городские и сельские врачебные амбулатории), относительно небольшая часть работают в негосударственных учреждениях и как частнопрактикующие. В обобщенном виде можно говорить о следующих формах работы ВОП: индивидуальный прием пациентов и групповая практика (отделения или бригады). Обычно в бригаду входят стоматолог, хирург, акушер-гинеколог, реже педиатр.

В качестве ВОП работают в основном участковые терапевты, прошедшие специальную подготовку на факультетах усовершенствования врачей. Первичная додипломная подготовка ВОП осуществляется сейчас во многих вузах России. Разработана и утверждена МЗ РФ программа подготовки ВОП и медицинских сестер общей практики (приказ МЗ РФ №237 «О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)»).

Реорганизация амбулаторно-поликлинической службы в России будет проходить в направлении создания института семейных врачей. Это определено приказом Минздрава №237 от 26.08.92 г. «О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)».

Новый принцип оказания первичной медико-санитарной помощи населению (ПМСП), основой которого является врач общей практики (семейный врач), который является специалистом, широко ориентированным в основных врачебных специальностях, и способный оказать многопрофильную амбулаторную помощь при наиболее распространенных заболеваниях и неотложных состояниях (это высококвалифицированный специалист первичного звена на догоспитальном этапе).

Численность обслуживаемого контингента у врача общей практики – 1500 человек, у семейного врача (с учетом детского населения) – не более 1200 человек.

ВОП (СВ) должен знать демографическую и медико-социальную характеристику прикрепленного контингента. В обязанности семейного врача также входит:

- пропаганда ЗОЖ, гигиеническое обучение, антиалкогольная пропаганда и т.п.;
- рекомендации по вопросам вскармливания, закаливания, подготовки детей к дошкольным учреждениям, профориентации и пр.;
- консультирование по вопросам планирования семьи. Этики, медико-сексуальных аспектов семейной жизни и пр.;
- проведение противоэпидемических мероприятий, лечебно-оздоровительных мероприятий;
- работа по выявлению ранних и скрытых форм заболеваний и факторов риска;
- организация всего комплекса диагностических, лечебно-оздоровительных и реабилитационных мероприятий;
- диагностика беременности и наблюдение за течением беременности, лечение экстрагенитальных заболеваний, выявление противопоказаний к беременности, направление на прерывание, ведение послеродового периода;
- организация помощи, совместно с органами социального обеспечения и службами милосердия, одиноким, престарелым, инвалидам и хронически больным, в т.ч. по уходу, устройству в дома-интернаты и пр.;
- проведение медико-социальной экспертизы, направление на экспертную комиссию, перевод на облегченную работу;
- анализ состояния здоровья прикрепленного контингента, ведение учетно-отчетной документации.

ВОП не только выполняют функции участковых терапевтов, но также ведут прием пациентов с неврологическими, офтальмологическими, хирургическими и ЛОР-заболеваниями. По мнению экспертов, проанализировавших состав пациентов, обращающихся к врачам-специалистам, ВОП может взять на себя 22,7% от общего числа посещений хирурга и 36,4; 41 и 46,6% от общего числа посещений соответственно офтальмолога, отоларинголога и невропатолога.

График рабочего дня ВОП строится следующим образом: 4 ч – амбулаторный прием и 2,5 ч – посещение больных на дому. Часть ВОП выполняют ночные дежурства в стационарах, но специальные койки для их пациентов нигде не выделены.

Практика выделения квартир для ВОП в пределах территориального участка привела к тому, что больные довольно часто пользуются услугами врачей в вечернее и даже в ночное время.

В среднем в месяц на одного ВОП приходится от 820 до 1200 посещений, то есть ежедневный прием составляет 16–20 и более пациентов.

ВОП ведут прием совместно с медицинскими сестрами, а на селе, кроме того, и с фельдшерами-акушерками. Соотношение врачебного и среднего медперсонала в учреждениях колеблется от 1:1 до 1:3. Специально подготовленных медицинских сестер пока не хватает, планируется расширить их додипломную подготовку в медицинских училищах и на факультетах высшего сестринского образования медицинских вузов.

В обязанности врача общей практики входит:

- проведение санитарно-просветительной работы по воспитанию населения, пропаганде здорового образа жизни, предупреждению развития заболеваний;
- осуществление профилактической работы, направленной на выявление ранних и скрытых форм заболеваний и факторов риска;
- осуществление динамического наблюдения за состоянием здоровья пациентов с проведением необходимого обследования и оздоровления;

- оказание срочной помощи при неотложных и острых состояниях;
- оказание срочной помощи при неотложных и острых состояниях;
- своевременная консультация и госпитализация больных в случае необходимости;
- проведение лечебных и реабилитационных мероприятий в объеме, соответствующем требованиям квалификационной характеристики;
- проведение экспертизы временной нетрудоспособности;
- организация медико-социальной и бытовой помощи совместно с органами социальной защиты и службами милосердия одиноким, престарелым, инвалидам, хронически больным;
- оказание консультативной помощи семье по вопросам иммунопрофилактики; вскармливания, воспитания детей, подготовки их к детским дошкольным учреждениям, школе, профориентации; планирования семьи, этики, психологии, гигиены, социальных и медико-сексуальных аспектов семейной жизни;
- ведение утвержденных форм учетной и отчетной документации.

ВОП, работающие в поликлиниках, пользуются лечебно-диагностической базой своего учреждения. Во врачебных амбулаториях, удаленных от поликлиник, ВОП ограничиваются назначением пациентам простейших исследований (ЭКГ, рино- и отоскопия, функция внешнего дыхания, экспресс-анализы мочи на сахар, белок и др.). Из лечебных мероприятий в амбулаториях проводятся различные инъекции, массаж, физиотерапевтические процедуры (УВЧ, ингаляции, УФО, электрофорез и др.).

Численность населения, обслуживаемого одним ВОП, колеблется от 1600 до 2500 человек; радиус обслуживаемого участка в городе – менее 1 км, однако имеются участки с радиусом 3 км и более. На участках, где высока доля лиц пожилого и старческого возраста, примерно каждый пятый визит делается с медико-социальной целью. Многие ВОП ведут учет одиноких, хронически больных, инвалидов, лиц с асоциальным поведением, поддерживают связь с органами социального обеспечения, оформляют нуждающихся в дома-интернаты, организуют стационары на дому.

Картину заболеваемости взрослого населения по обращаемости к ВОП в основном определяют 5 классов болезней: болезни органов дыхания – 250,5 случая на 1000 жителей старше 15 лет; болезни системы кровообращения – 97,8‰; болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – 89,0 ‰, травмы и отравления – 78,1‰ и болезни органов пищеварения – 51,7‰, что составляет соответственно 36; 14; 12,8; 11,3 и 7,4% от общего числа заболеваний.

В течение года на консультацию к "узким" специалистам в среднем направляется 19,1% пациентов, на обследование в другие учреждения – 14,3%, госпитализируется – 7,1% больных.

Опрос врачей показал, что после того как они занялись общей практикой, изменился характер их работы (расширился диапазон заболеваний, с которыми обращаются пациенты, уменьшилось число консультаций у специалистов, увеличился объем диагностической работы), обслуживание стало удобнее для пациентов (быстрее устанавливается диагноз и начинается лечение), удалось лучше узнать больного, его семью, возросло доверие пациентов к врачу, появилась самостоятельность в работе, повысился интерес к ней.

Первые итоги внедрения общеврачебной (семейной) практики свидетельствуют о целесообразности развития этой службы в стране. Проблема заключается в расширении додипломной и последипломной подготовки ВОП и медицинских сестер общей практики, обеспечении их необходимым лечебно-диагностическим оборудованием, создании оптимальных условий для работы, разработке правовой базы, механизма дифференцированной оплаты труда.

В настоящее время в мире существует несколько моделей организации работы ВОП, семейного врача.

Первая модель. ВОП, семейный врач, работающие в индивидуальном порядке.

Вторая модель. Групповая врачебная практика (врачебная амбулатория). При такой организации работы врачей немного снижается уровень доступности медицинской помощи населению, так как врачебная амбулатория обслуживает до 10000 жителей, но появляется возможность более оперативного обследования населения с использованием минимального набора тестов, взаимозаменяемости врачей и разделения некоторых их функций, более высокого технического оснащения. Врачи общей практики (семейные врачи), объединенные в групповую практику, в основном ведут прием пациентов, а остальную работу выполняют средние медицинские работники.

Третья модель. Центры здоровья (ЦЗ), которые представляют собой объединение нескольких групповых врачебных практик с дополнением целого ряда новых функций, включая организацию специальных стационаров по уходу за больными, инвалидами и престарелыми. В сельской местности такие центры создаются на 30–35 тыс. жителей, в городах – на 35–40 тыс. человек. В задачи ЦЗ входят: охрана здоровья матери и ребенка; охрана здоровья работающего населения; забота о здоровье учащихся; охрана здоровья престарелых; оказание стоматологической помощи; оказание первичной медицинской и лечебной помощи (амбулаторная, стационарная); пропаганда здорового образа жизни; транспортировка больных.

ПМСП при этом становится более разнообразной и концентрированной, а уменьшение ее доступности компенсируется обеспечением центров автотранспортом. Такая модель, в частности, характерна для Скандинавских стран. Так, например, в Финляндии каждая община обязана по закону самостоятельно или совместно с другими общинами организовать и содержать ЦЗ. В состав ЦЗ входят следующие отделы: охраны здоровья матери и ребенка, врачебные амбулатории, клиническая лаборатория, стационар общего профиля. Минимальная численность населения для организации ЦЗ составляет 10000 человек. Однако в отдаленных и редконаселенных районах центры могут быть организованы и при меньшей численности населения. В настоящее время в Финляндии насчитывается более 200 центров здоровья. Работа ЦЗ направляется отделом здравоохранения общины или федерации общин. Эти отделы осуществляют наем персонала, разрабатывают планы и контролируют их выполнение, организуют участие населения в решении вопросов здравоохранения. В большинстве центров работают 4 врача (минимальное число врачей – 3).

Четвертая модель. ВОП (семейный врач) работает в поликлинике.

Эта модель наиболее приемлема для России и для некоторых стран Восточной Европы, так как не требует значительных капитальных затрат на строительство новых учреждений. Она является оригинальной и не имеет аналогов в мировой практике. Суть этой модели заключается в полном изменении организационных форм работы имеющихся амбулаторно-поликлинических учреждений, в устранении таких крупных недостатков в их деятельности, как:

- отсутствие преемственности в обследовании и лечении пациентов, что нередко приводит к назначению взаимоисключающих методов исследования;
- разобщенность сведений о каждом пациенте;
- очереди на прием к специалистам;
- отсутствие систематического наблюдения за прикрепленным контингентом;
- снижение уровня знаний у участкового терапевта и педиатра, ухудшение качества их работы, превращение их даже не в диспетчеров, а в "бюллетенщиков";
- перегруженность врачей-специалистов за счет значительного числа ненужных приемов;
- отсутствие гибкости в работе поликлиник;
- снижение авторитета и престижа врачей общей практики (семейных врачей) амбулаторно-поликлинической службы;
- недообследованность и недолеченность больных, что нередко является причиной хронизации патологии у них;

– незнание участковыми врачами своих пациентов.

При организации работы по этой модели, которая уже реализуется в некоторых регионах России, увеличивается число участковых врачей, которые становятся врачами общей практики, уменьшается количество врачей-специалистов, выступающих в основном в роли консультантов. В помощь ВОП придаются средние медработники – медсестры (манипуляционная, патронажная и др.), акушерка, в ряде случаев – и медсестра, оказывающая социальную помощь. Эта семейная бригада на прикрепленном участке ведет всю работу – прививочную, просветительную, профилактическую, осуществляет лечение больных, наблюдение за беременными, детьми, инвалидами, пожилыми и т. д. В необходимых случаях ВОП привлекает специалистов для консультации и назначения лечения, но контроль за лечением и наблюдение пациента осуществляет сам.

Центральная фигура общеврачебной практики – врач общей практики (семейный врач). ВОП – это выпускник медицинского вуза, который обеспечивает первичную медицинскую помощь с учетом индивидуальных особенностей каждого члена семьи и имеет лицензию на право заниматься общеврачебной практикой.

Врач общей практики:

- принимает своих пациентов в амбулатории, на дому, в отдельных случаях – в клинике или стационаре;
- своевременно ставит диагноз;
- анализирует физические, психологические и социальные факторы, определяющие уровень здоровья семьи, и использует эти данные в своей повседневной работе;
- осуществляет постоянное наблюдение за пациентами с хроническими заболеваниями и за больными в терминальном состоянии;
- устанавливает доверительные отношения с членами обслуживаемых семей;
- назначает и проводит лечение, осуществляет профилактические мероприятия и медико-санитарное обучение пациентов (членов семьи).

В Великобритании из 40 часов рабочей недели врач общей практики затрачивает 14% времени на профилактику заболеваний, 8% времени уделяет вопросам оптимизации среды обитания пациентов, а 21% времени уходит на деятельность по профилактике инфекционных заболеваний (особенно у детей).

Распределение рабочего времени врача общей практики в Великобритании, по данным Королевского колледжа врачей общей практики (1985), представляется следующим образом. 21% рабочего времени уходит на консультацию больных инфекционными заболеваниями, которые обычно вызываются вирусами. 14% времени занимает профилактика заболеваний: иммунизация детей, наблюдение за беременными, контрацепция, цитология мазков шейки матки и наблюдение за больными гипертонической болезнью. Остальной бюджет времени распределяется на консультацию больных:

- заболеваниями костно-мышечной системы (старше 45 лет) – 9%;
- с циркуляторными расстройствами (старше 45 лет) – 9%;
- с неблагоприятными условиями обитания – 8%;
- с психическими расстройствами – 7%;
- болезнями кожи – 6%;
- нервными болезнями – 5%;
- заболеваниями мочеполовой системы – 5%;
- пострадавших от несчастных случаев – 5%;
- с расстройствами желудочно-кишечного тракта – 4%;
- респираторными заболеваниями неинфекционного характера – 4%;
- с различными формами рака – 1%;
- заболеваниями эндокринной системы и крови – 2%.

Так, в Бельгии врач общей практики обслуживает 725, в Финляндии – 1730, в Германии – 2000 человек населения.

Число пациентов, принимаемых в неделю врачом общей практики в Англии, например, колеблется от 25 до 225, в среднем – 100–140 человек. Консультация пациента занимает от 5 до 9 мин. Число визитов врачей на дом также имеет большой разброс – от 3 до 33 в неделю, при этом у некоторых врачей они занимают 2%, а у других – до 25% рабочего времени.

В Австрии пациент не прикреплен к какой-либо определенной практике. При обращении за медицинской помощью пациент вручает врачу страховой полис, действительный в течение 3 мес, с целью представления в страховую компанию для последующей оплаты. В течение 3 мес. пациент обязан лечиться у данного врача. Дети до 15 лет осматриваются по крайней мере 1 раз в год; пожилые люди также имеют право провериться 1 раз в год. Для осуществления перинатальной помощи имеется специальное обслуживание.

В странах Западной Европы существует несколько принципиально разных систем оплаты труда врачей общей практики: фиксированная заработная плата, подушевая оплата (фиксированная сумма за каждого пациента, иногда дифференцированная по возрасту и полу пациента) и оплата за каждую оказанную услугу. Возможны также разные их комбинации.