

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Ставропольский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра пропедевтики детских болезней с курсом дополнительного
профессионального образования

Методические рекомендации к практическим занятиям

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**

Методические указания к практическим занятиям по дисциплине «Сестринское дело в семейной медицине»:


Разработаны:

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

 Шишалова Т.Н.

Обсуждены

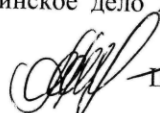

на заседании кафедры пропедевтики детских болезней с курсом дополнительного профессионального образования, зав. кафедрой, д.м.н., профессор

 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

 Шишалова Т.Н.
 Федько Н.А.

Методические указания по дисциплине «Сестринское дело в семейной медицине» размещены в ЭИОС университета в авторской редакции

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

3. Теоретическая часть

Зарубежные модели общей врачебной практики включают несколько вариантов:

1. **Индивидуальная практика.** Врач общей практики (семейный врач) работает в индивидуальном порядке. За рубежом это, как правило, частная практика с образованием юридического лица, открытием счёта в банке и наличием печати.

2. **Групповая врачебная практика.** Несколько врачей общей практики объединяются в группу на правах юридического лица либо на правах соглашения с партнёрами по организации работы во врачебной амбулатории (офисе). Врачи ведут приём пациентов, оказывают неотложную помощь, а остальные виды работы выполняют средние медицинские работники.

3. **Центры здоровья.** Представляют собой объединение нескольких групповых врачебных практик с дополнением ряда новых функций, включая организацию специальных стационаров по уходу за больными, инвалидами и престарелыми.

Отечественные модели семейной медицины включают следующие варианты:

• **Индивидуальная практика.** В условиях России такая модель приемлема в основном в сельской местности, где низкая плотность населения, поселки удалены друг от друга и центральная районная поликлиника расположена достаточно далеко либо с ней нет хорошего транспортного сообщения.

• **Групповая практика.** Несколько врачей общей практики объединяются в группу на правах юридического лица либо на правах соглашения с партнёрами по организации работы во врачебной амбулатории (офисе).

• **Работа врача общей практики в поликлинике.** Такая модель разрабатывается в российском здравоохранении и не имеет аналогов в мировой практике. Суть её заключается в полном изменении организационных форм работы амбулаторно-поликлинических учреждений с сохранением поликлиник как учреждений здравоохранения, но уже в новом качестве.

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.

4. Практическая часть - нет.

5. Вопросы для собеседования

- 1.Зарубежные модели общей врачебной практики.
- 2.Отечественные модели семейной медицины

6. Тестовые задания

1. Этапы оказания медицинской помощи; правила организации деятельности медицинской организации (ее структурного подразделения, врача); стандарт оснащения медицинской организации, ее структурных подразделений; рекомендуемые штатные нормативы медицинской организации, ее структурных подразделений содержатся в
 - 1) протоколах лечения;
 - 2) клинических рекомендациях;
 - 3) стандартах медицинской помощи;
 - 4) порядках оказания медицинской помощи.+

2. Этот вид медицинской помощи является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни, в том числе снижению уровня факторов риска заболеваний, и санитарно-гигиеническому просвещению
 - 1) первичная медико-санитарная помощь;+
 - 2) специализированная медицинская помощь;
 - 3) паллиативная медицинская помощь;
 - 4) скорая медицинская помощь.

3. Нормативный акт, регулирующий отношения, возникающие в сфере охраны здоровья граждан

- 1) Конституция РФ;
- 2) Постановление Правительства РФ;
- 3) Указ Президента РФ;
- 4) Федеральный закон № 323-ФЗ «об основах охраны здоровья граждан в РФ».

4. Наблюдение за больными в стационаре на дому в субботние, воскресные и праздничные дни осуществляется

- 1) дежурными врачами и медицинскими сестрами;
- 2) в поликлинике по месту жительства;
- 3) бригадой скорой помощи;
- 4) службой неотложной медицинской помощи.

5. Медицинские обследования или медицинские манипуляции, проводимые с целью профилактики, диагностики, лечения, реабилитации – это

- 1) медицинское вмешательство;
- 2) медицинская деятельность;
- 3) медицинская услуга;
- 4) медицинская помощь.

6. Медицинская помощь, оказываемая при внезапных острых заболеваниях или состояниях, представляющих угрозу жизни пациента оказывается в _____ форме

- 1) неотложной;
- 2) экстренной;
- 3) плановой;
- 4) стационарной.