**Теоретический материал Модуль 1**

***Законодательные основы семейной медицины. Принципы оказания первичной медико-санитарной помощи в модели семейной/общей врачебной практики*.**

Основная задача курса семейной медицины в структуре преподавания – это формирование представления об организации и сущности процесса общей врачебной практики в России и за рубежом, а также знакомство с целями, задачами, объемом и основными направлениями работы семейного врача и семейной медицинской сестры.

Важным аспектом подготовки семейного врача и семейной мед.сестры является необходимость формирования знаний и практических представлений о семье как о своеобразной «ячейке национального здоровья», основе благосостояния и развития. В настоящее время Российская Федерация объявила общенациональным проектом борьбу с демографическим кризисом, обусловленным как низкой рождаемостью, так и высокими уровнями заболеваемости, инвалидизации и смертности. В успешной реализации данного проекта значительную роль призваны сыграть семейные врачи, так как именно первичное звено здравоохранения может обеспечить адресную направленность общеобразовательных аспектов основ медицинских знаний и профилактических программ.

**1.1 Организация оказания медицинской помощи по принципу «общая /семейная медицина»**

Общая врачебная практика / семейная медицина – это система организации первичной медицинской помощи, оказываемой общепрактикующим (семейным) врачом персонально (индивидуальная практика) или в составе коллектива (групповая практика), включающая в себя первичное и продолжительное наблюдение и лечение отдельных пациентов, семей и всего приписанного контингента лиц безотносительно к возрасту, полу пациента и характеру патологии.

Согласно определениям руководящих документов Министерства здравоохранения и положению об охране труда и здоровья граждан, «врач общей практики – специалист с высшим медицинским образованием, имеющий юридическое право оказывать первичную многопрофильную медико- социальную помощь населению. Врач общей практики, независимо от пола и возраста пациентов, является семейным врачом».

Особого рассмотрения заслуживают следующие положения:

1) общая врачебная практика / семейная медицина – это система организации первичной медицинской помощи, то есть особый технологический процесс;

2) «первичная медицинская помощь – основные медико-санитарные мероприятия, доступные всем людям и семьям и осуществляемые при их всемерном участии на основе практически применимых, научно обоснованных и социально приемлемых методов и технологий и при затратах в пределах материальных возможностей страны в целом. Первичная медицинская помощь составляет неотъемлемую часть как национальной системы здравоохранения, осуществляя ее главную функцию и являясь ее центральным звеном, так и всего процесса социально-экономического развития общества» (ВОЗ, 1978, Алма-Ата);

3) первичное и продолжительное наблюдение составляет основу деятельности семейного врача, обращающегося к истории заболевания детей через родителей и прародителей и осуществляющего многолетний, а иногда и в течение всей жизни, контакт и медицинское обслуживание той или иной семьи, группы людей, рабочего коллектива и т. п.;

4) отсутствие ограничений для различного пола, любого возраста и характера патологии является существенным отличием врача общей практики / семейного врача от участкового терапевта, педиатра, узкопрофильного специалиста и нацеливает врача на изучение всего спектра патологии в рамках педиатрии и геронтологии, гинекологии и урологии, терапии и хирургии, указывает на необходимость твердого знания основ любой специальности и оказание помощи на уровне квалифицированной медицинской помощи.

Чем же отличается врач общей практики от участкового терапевта?

Во-первых, более значительным объемом знаний, практических навыков, а отсюда – объемом и качеством медицинской помощи.

Во-вторых, участием в ином технологическом процессе оказания медицинской помощи. По мнению Министерства здравоохранения и социального развития РФ, семейный врач – это врач, который лечит всю семью: детей и взрослых, беременных женщин и стариков. По существу, в роли таких врачей сегодня выступают врачи сельских амбулаторий и участковых больниц. В определении, которое дает Американская академия семейных врачей, подчеркивается, что семейный врач является адвокатом семьи в делах, связанных с охраной здоровья.

В отечественном здравоохранении еще только предстоит решить задачу подготовки врачей общей практики и становление системы медицинской помощи по принципу семейной медицины, а вот в развитых странах мира проблема первичного обращения за медицинской помощью давно решена. Ключевой фигурой первичной медицинской помощи стал семейный врач, называемый в некоторых странах (Великобритания, Нидерланды и др.) врачом общей практики. Он оказывается подготовленным таким образом, что в 80 – 95 % случаев всех обращений к нему сам определяет характер заболевания и меры, достаточные для его лечения, а в 5 – 20 % знает, к какому специалисту следует направить больного для решения всех вопросов диагностики и лечения.

**1.2 Законодательная база общей врачебной практики**

Законодательная база общей врачебной практики также развивалась определенным образом в течение последних десятилетий. ВОЗ еще в 1978 г. объявила о поэтапном переходе к оказанию первичной медицинской помощи по концепции врача общей практики. Учитывая мировые тенденции развития медицины, а также положение, сложившееся в России, МЗ РФ был издан Приказ от 26.08.1992 г. № 237 «О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)». В соответствии с ним был декларирован постепенный переход к такой организации медицинской помощи, какая существует в развитых странах, при сохранении того положительного, что было в здравоохранении нашей страны. Этим приказом, а также приказами Минздравмедпрома РФ от 16.02.1995 г. № 33 и Минздрава РФ от 27.08.1999 г. № 337 в номенклатуре врачебных специальностей и врачебных должностей в учреждениях здравоохранения утверждены новая специальность 040110 «Общая врачебная практика (семейная медицина)» и новая должность «врач общей практики (семейный врач)».

В «Положении о враче общей практики (семейном враче)», утвержденном Приказом МЗ РФ от 26.08.1992 г. № 237, дано следующее определение профессиональной компетенции врача общей практики: «Врач общей практики – специалист с высшим медицинским образованием, имеющий юридическое право оказывать первичную многопрофильную медико-социальную помощь населению». Там же указано, что врач общей практики, оказывающий первичную многопрофильную медико-социальную помощь семье, независимо от пола и возраста пациентов, является семейным врачом.

«Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан», введенными в действие Постановлением Верховного Совета РФ от 22.07.1993 г., предусмотрено право семьи на выбор семейного врача (ст. 22), обеспечивающего ей медицинскую помощь по месту жительства. Статья 59 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» определяет: «Семейный врач – это врач, прошедший специальную многопрофильную подготовку по оказанию первичной медико-санитарной помощи членам семьи независимо от их пола и возраста».

Законодательная база системы общей врачебной практики и семейной медицины охватывает все звенья оказания амбулаторно-поликлинической помощи. Так, Приказ министра здравоохранения от 21.03.2003 г. № 112 «О штатных нормативах центра, отделения общей врачебной (семейной) практики» содержит следующие основополагающие тезисы: «В соответствии с Приказом Минздрава России от 20.11.2002 г. № 350 „О совершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи населению Российской Федерации“ приказываю:

1. Утвердить штатные нормативы медицинского и другого персонала центра общей врачебной (семейной) практики (приложение 1);

2. Утвердить штатные нормативы медицинского и другого персонала отделения общей врачебной (семейной) практики (приложение 2)»…

В приложении 1 вышеприведенного Приказа министра здравоохранения регламентированы следующие нормативные штатные единицы.

1. Врачебный персонал.

1.1. Должности врачей общей практики (семейных врачей) для оказания медико-санитарной помощи прикрепленному населению и проведения диспансерного наблюдения устанавливаются из расчета:

– 1 должность на 1500 человек взрослого населения;

– 1 должность на 1200 человек взрослого и детского населения.

1.2. Должность врача-методиста (1 позиция) устанавливается при наличии не менее 8 должностей врачей общей практики (семейных врачей);

1.3. Должность заведующего отделением – врача общей практики (семейного врача) устанавливается:

– при числе от 4 до 6 должностей врачей общей практики (семейных врачей) – вместо 0,5 должности врача общей практики (семейного врача);

– при числе более 6 врачей общей практики (семейных врачей) – сверх указанных должностей.

Внедрение системы общей врачебной практики / семейной медицины – это не только введение новых позиций врачебного персонала, но и новые организационные подходы, прежде всего в работе среднего медицинского персонала, повышение роли медицинской сестры до уровня помощника врача. В приложении 1 Приказа министра здравоохранения от 21.03.2003 г. № 112 «О штатных нормативах центра, отделения общей врачебной (семейной) практики» установлены следующие положения по численности и составу сестринского персонала.

2. Средний медицинский персонал.

2.1. Должность медицинской сестры врача общей практики устанавливается из расчета 2 должности на каждую предусмотренную должность врача.

2.2. Должность помощника врача общей практики (семейного врача) устанавливается из расчета 1 должность на каждую предусмотренную должность врача.

2.3. Должность лаборанта (фельдшера-лаборанта, медицинского лабораторного техника, медицинского технолога) устанавливается из расчета 1 должность на центр.

2.4. Должность медицинского статистика устанавливается из расчета 1 должность на центр.

2.5. Должность медицинского регистратора устанавливается из расчета 1 должность на 4 должности врачей.

2.6. Должность старшей медицинской сестры устанавливается соответственно должности заведующего отделением.

Приведенные выдержки из приказов по Министерству здравоохранения демонстрируют попытку реструктуризации отрасли с акцентом на развитую сеть врачей общей практики (семейных врачей), обеспеченных профессиональной и специальной поддержкой целого ряда работников здравоохранения (помощников врача, медицинских сестер, лаборантов и проч.). Необходимо отметить, что большинство центров общей врачебной практики (семейной медицины) на сегодняшний день не полностью соответствуют предполагаемой структуре. Практика показывает, что в центрах общей врачебной практики существует потребность более разветвленной лабораторной службы; при наличии автоматизированных и компьютеризированных рабочих мест отсутствует отчетливая необходимость медицинских статистиков; зачастую не соблюдается положенный и актуальный регламент по числу помощников врача, столь необходимых в современных условиях высокотехнологичной и интенсивной медицинской науки и практики.

Из правового статуса врача общей практики следует, что у него должна быть широкая специализация. При этом семейный врач как врач широкого профиля не может полностью заменить акушера-гинеколога, педиатра, хирурга, невропатолога, окулиста, дермато-венеролога и других «узких» специалистов. Но он способен выполнять лечебно-диагностические и профилактические мероприятия и врачебные манипуляции в соответствии с уровнем его базовой подготовки по этим специальностям.

В соответствии с «Квалификационной характеристикой врача общей практики (семейного врача)», утвержденной Приказом МЗ РФ от 26.08.1992 г. № 237, ММА им. И. М. Сеченова были разработаны следующие критерии уровня специализации врача общей практики (семейного врача): «Врач общей практики (семейный врач) обязан владеть врачебными манипуляциями терапевтического профиля, т. е. уметь оказывать квалифицированную терапевтическую помощь взрослым и детям при распространенных заболеваниях внутренних органов и проводить основные (базовые) врачебные лечебно-диагностические мероприятия. То есть оказывать первую врачебную помощь при смежных заболеваниях и неотложных состояниях, а также владеть методами формирования здорового образа жизни семьи и неукоснительно соблюдать требования врачебной этики и медицинской деонтологии при проведении среди населения оздоровительных, профилактических и лечебно-диагностических мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях и на дому».

*Нормативные документы, регламентирующие деятельность врача общей практики (семейного врача)*

Приказ М3 РФ от 26.08.1992 г. N 237 «О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)».

Приказ М3 РФ от 20.11.2002 г. № 350 «О совершенствовании амбу­латорно-поликлинической помощи населению РФ».

Приказ М3 РФ от 21.03.2003 г. № 112 «О штатных нормативах Цен­тра (отделения) общей врачебной (семейной) практики».

Приказ М3 РФ от 12.08.2003 г. № 402 «Об утверждении и введении в действие первичной медицинской документации врача общей практики (семейного врача)».

Приказ М3 СР РФ от 17.01.2005 г. № 34 «О порядке осуществления деятельности врача общей практики (семейного врача)».

Приказ М3 СР РФ от 29.07.2005 г. № 487 «Об утверждении Поряд­ка организации оказания первичной медико-санитарной помощи».

Приказ М3 СР РФ от 04.08.2006 г. № 584 «О порядке организации медицинского обслуживания населения по участковому принципу».

Приказ М3 СР РФ от 01.12.2005 г. № 753 «Об оснащении диагно­стическим оборудованием амбулаторно-поликлинических и стационар­но-поликлинических учреждений муниципальных образований».

Приказ М3 СР РФ от 11.05.2007 г. № 325 «Об утверждении крите­риев оценки эффективности деятельности врача общей практики (семей­ного врача)».

Приказ М3 СР РФ от 11.05.2007 г. «Об утверждении критериев оценки эффективности деятельности медицинской сестры врача общей практики (семейного врача)».

Приказ М3 СР РФ от 07.07.2009 г. № 415-п «Об утверждении ква­лификационных требований к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохране­ния».

Приказ М3 СР РФ от 15.05.2012 г. № 543н «Об утверждении поло­жения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».

Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22.07.1993 г. В редакции Федерального закона от 18.07.2011 г. № 242-ФЗ

**1.3 Преимущества и недостатки существующей в России общей врачебной практики и системы профилактики в семейной медицине**

Принципы системы оказания первичной медицинской помощи, которая сложилась в нашей стране, были взяты за образец оказания амбулаторной помощи населению во многих странах мира. Однако эта система была хороша при государственном бюджетном финансировании и стабильной экономической ситуации. В новых экономических условиях становится все очевиднее, что данная система медицинского обслуживания населения исчерпала свои возможности. В первую очередь это касается участковых терапевтов, которые, по существу, превратились в диспетчеров по направлению пациентов к различным «узким» специалистам. Уровень профессиональной подготовки участкового терапевта не позволяет ему в достаточной мере лечить пациентов при целом ряде распространенных заболеваний, да и с точки зрения своего юридического статуса участковый терапевт не обязан этого делать. Конечно, такой специалист не может быть конкурентоспособен в условиях как обязательного, так и добровольного медицинского страхования граждан. Кроме того, в результате подобной организации работы значительно возрастает нагрузка на «узких» специалистов, и, если с каждым банальным заболеванием пациенты вынуждены обращаться именно к ним, то неизбежно возникают очереди, и больные с тяжелыми и осложненными формами заболеваний не могут своевременно попасть на прием. Сложившаяся система обслуживания населения перестала отвечать задачам медицины. На уровне оказания первичной медицинской помощи стал необходим врач общей практики – лицо, интегрирующее и координирующее индивидуальную медицинскую помощь каждому человеку.

В то же время, многим руководителям здравоохранения и врачам-специалистам представляется не совсем адекватным однонаправленное и тотальное перепрофилирование врачей-специалистов в семейных врачей. Имеются суждения о необходимости выделения городов-мегаполисов со сложившейся системой оказания медицинской помощи в качестве своеобразных территориальных центров специализированной и высококвалифицированной медицинской помощи, а для отдаленных местностей сформировать именно систему общеврачебной практики.

Кроме проблем в организации семейной медицины, о которых уже говорилось, существует необходимость отработки схем взаимодействия между врачами общей практики и другими специалистами как в рамках одного учреждения, так и между различными медицинскими учреждениями. Следует отработать систему взаиморасчетов, принятую в обязательном медицинском страховании, а также взаимодействие с органами социальной защиты, органами исполнительной власти. Необходимо осуществление мер по более полной преемственности различных видов медицинской помощи: первичной, скорой и стационарной. Требуют дальнейшего развития научное обеспечение деятельности семейных врачей и разработка методологических основ комплексного изучения семьи. Как отмечают специалисты и медицинская общественность, основное достижение общеврачебной практики в России заключается в изменении психологии и кругозора врачей, их отношения к себе, своей работе, пациентам, в повышении грамотности и ответственности за здоровье обслуживаемых людей. Важнейшими отличительными свойствами отечественной системы общеврачебной практики, по нашему мнению, должны стать:

– высокая квалификация врачебных кадров;

– семейная направленность в наблюдении пациентов;

– профилактическая нацеленность их профессиональной деятельности.

**1.4 Модели организации работы врача общей практики (семейного врача)**

К настоящему времени имеется определенный опыт по организации работы врача общей практики (семейного врача) не только в зарубежном здравоохранении, но и в различных регионах Российской Федерации. Различают следующие модели организации работы врача общей практики (семейного врача):

1-я модель — врач общей практики (семейный врач), работающий в индивидуальном порядке, или «соло-практика» (независимая врачебная практика);

2-я модель — групповая врачебная практика (врачебная амбулатория);

3-я модель – центр здоровья;

4-я модель — врач общей практики работает в поликлинике;

5-я модель – общеврачебная практика в сельской местности.

Важная особенность общеврачебной практики – это многовариантность моделей организации работы.

В зарубежных странах широко распространены три модели: индивидуальная, групповая практика и центры здоровья. Однако ни одна из этих моделей напрямую не может быть перенесена в российское здравоохранение, так как повлечет за собой полное разрушение существующей сети амбулаторно-поликлинических учреждений. Переход к общеврачебной практике в Российской Федерации предусматривает укрепление и усиление амбулаторно-поликлинической службы, а не разрушение ее.

Краткая характеристика моделей общеврачебной практики.

1-я модель – врач общей практики (семейный врач) работает в индивидуальном порядке. В некоторых странах такую модель называют «соло-практикой», или независимой врачебной практикой. Если ВОП/СВ является независимым хозяйствующим субъектом, то он самостоятельно формирует свой доход и отвечает за финансовую деятельность. Такой врач работает независимо от других врачей общей практики и врачей-специалистов. Индивидуальная практика может быть и в составе муниципального медицинского учреждения (в сельской местности, отдаленных районах города, районах новостроек, в рабочем поселке). За рубежом, как правило, это частная практика с образованием юридического лица, открытием счета в банке и наличием печати.

В условиях России индивидуальная практика 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. В городах же этот вид общей практики малоприемлем ввиду, во-первых, сложившейся за долгие годы привычки к работе в большой группе и под контролем (поликлиника), во-вторых, необходимости подстраховки на случай отпуска, болезни, повышения квалификации с отрывом от работы, в-третьих, желательности консультации с другими врачами.

2-я модель – групповая врачебная практика. В этой модели несколько ВОП/СВ (2 – 3 и более) объединяются в групповую практику на правах юридического лица либо на правах соглашения с партнерами по организации работы во врачебной амбулатории (офисе). Численность закрепленного населения устанавливается с учетом всех врачей практики. Врачи ведут прием пациентов, оказывают неотложную помощь, а остальные виды работы выполняют средние медицинские работники. Для врачей появилась возможность поочередно оказывать неотложную помощь, заменять друг друга в случае болезни, отпуска, учебы.

При групповой практике создаются условия для более оперативного обследования пациентов с использованием различных тест-систем, технического оснащения за счет объединения средств на содержание практики. При работе в индивидуальном порядке ВОП/СВ такой возможности не имеет. Модель групповой врачебной практики широко распространена в различных странах.

Варианты групповой практики:

– объединение двух или нескольких ВОП/СВ;

– объединение ВОП с отдельными специалистами (акушером-гинекологом, педиатром);

– объединение нескольких специалистов.

Групповая практика неизбежна в наших условиях в связи с необходимостью использования имеющихся кабинетов поликлиник, женских консультаций и других лечебно-профилактических учреждений ввиду отсутствия возможности строительства отдельных помещений для врачей общей практики. Кроме того, работа ВОП в группе экономически более целесообразна, так как при этой форме работы требуются меньшие затраты на приобретение медицинского оборудования и инструментария.

В ходе проводимого эксперимента в ряде регионов России групповые обще-врачебные практики были организованы на базе:

– крупных поликлиник;

– филиалов поликлиник;

– отдельных офисов;

– небольших поликлиник;

– врачебных амбулаторий и др.

Групповая врачебная практика может функционировать в качестве акушерско-педиатрического терапевтического комплекса (АПТК), и эта модель также широко используется в эксперименте.

Возможна и организация работы не по территориальному принципу, а по производственному, когда к АПТК приписываются для постоянного наблюдения все или большая часть работников предприятия или организации (по типу медсанчасти).

Участие в работе группы ВОП специалистов может быть обеспечено в различных формах и в разной степени. Если ВОП берет на себя медицинскую помощь пациентам обоих полов и всех возрастов, начиная с периода новорожденности, то он может пользоваться консультациями педиатров и акушеров-гинекологов, направляя пациентов в консультативно-диагностический центр района или к соответствующим специалистам стационара (по договору).

Если же ВОП не берет на себя обслуживание детей, беременных женщин и гинекологических больных, то для его пациентов будет удобнее пользоваться консультациями специалистов, осуществляющих прием в том же помещении, что и врач общей практики. В этом случае функцию семейного врача осуществляет не только сам ВОП, но и группа в целом. Это удобнее и самому ВОП, так как позволяет лучше знать своих пациентов, своевременно их консультировать и точнее устанавливать диагноз. Совместную работу со специалистами целесообразно закрепить и организационно, т. е. включив указанных специалистов в группу ВОП.

При работе группы врачей общей практики в условиях поликлиники она, как правило, и организационно, и территориально, и финансово обособлена: чаще это либо отделение, либо бригада;

группа включает в себя врачей общей практики, медицинских сестер, санитаров, нередко в ее состав входит и менеджер.

3-я модель – центр здоровья. Эта модель представляет собой объединение нескольких групповых врачебных практик, что позволяет сформировать коллектив и решить вопросы первичной медико-санитарной помощи на более высоком уровне по сравнению с групповой практикой. Данную модель называют «скандинавской», так как она возникла и распространена в скандинавских странах. Для центров здоровья характерна новая функция по сравнению с групповыми практиками – организация стационаров по уходу за престарелыми, больными и инвалидами. В сельской местности центр здоровья создается на 30 – 35 тыс. жителей, в городах – на 35 – 40 тыс.

Первичная медико-санитарная и медико-социальная помощь в центре здоровья становится более разнообразной и эффективной. Большое значение в центре придается транспорту, с помощью которого обеспечивается доступность медицинской помощи – доставка в центр, домой или в другие лечебные учреждения.

4-я модель – врач общей практики (семейный врач) работает в поликлинике. Возможные варианты этой модели:

а) ВОП/СВ работает в здании поликлиники;

б) ВОП/СВ работает в офисе на территории обслуживаемого населения;

в) групповая врачебная практика (отделение общеврачебной практики в поликлинике) и другие варианты.

При любом из этих вариантов ВОП/СВ состоит в штате поликлиники, а обще-врачебная практика является структурным подразделением поликлиники. Метод работы ВОП/СВ в поликлинике – бригадный. Бригада обще-врачебной практики включает: ВОП/СВ, медсестер общей практики, социального работника и вспомогательный персонал. Бригада на прикрепленном участке ведет всю работу: профилактическую, лечебную, осуществляет наблюдение за беременными, детьми, подростками, инвалидами, пожилыми. При необходимости ВОП/СВ может направить пациента на консультацию к врачу-специалисту поликлиники или пригласить его к себе на прием и сразу совместно обследовать пациента, обсудить лечение, которое затем будет осуществлять ВОП/СВ. При необходимости ВОП/СВ направляет пациента на госпитализацию.

Модель организации ВОП/СВ в поликлинике, разрабатываемая в российском здравоохранении, является оригинальной и не имеет аналогов в мировой практике. Суть этой модели заключается в полном изменении организационных форм работы амбулаторно-поликлинических учреждений с сохранением поликлиник как учреждений здравоохранения, но уже в новом качестве.

Внедрение модели работы ВОП/СВ в поликлинике способствует устранению таких серьезных недостатков в их деятельности, как:

– отсутствие преемственности в обследовании и лечении пациентов;

– 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;

– перегруженность врачей-специалистов за счет значительного числа ненужных приемов;

– отсутствие гибкости в работе поликлиники;

– снижение авторитета и престижа врачей амбулаторно-поликлинической службы.

5-я модель – обще-врачебная практика в сельской местности. Этой модели посвящена специальная часть, в которой и будет дана ее подробная характеристика.

В России в настоящее время ВОП осуществляют свою деятельность в основном в государственных учреждениях (территориальные поликлиники, городские и сельские врачебные амбулатории);

относительно небольшая их часть работает в негосударственных учреждениях как частнопрактикующие врачи.

Для практических целей приводим примерные обязанности врача общей практики и медицинской сестры кабинета врача общей практики.

1.5 Обязанности персонала, осуществляющего общую врачебную/семейную практику

Обязанности врача общей практики

1. Врач общей практики в повседневной работе подчиняется непосредственно главному врачу (медицинскому директору), заместителю главного врача (медицинского директора) по медицинской части (начмеду), по специальным вопросам – заведующему отделением, а пообщим вопросам – генеральному директору клиники (больницы, центра).

2. Планирует, организует и проводит своевременное обследование и лечение пациентов, находящихся на амбулаторном лечении в клинике, а также на дому.

3. Выполняет назначения, рекомендации и медицинские распоряжения главного врача, начмеда, заведующего отделением, генерального директора.

4. Сопровождает пациента на консультациях специалистов и диагностических мероприятиях, умеет коротко и информативно доложить консультанту суть проблемы, анамнез, результаты проведенных обследований.

5. Консультирует пациентов клиники в качестве врача-специалиста в соответствии с имеющейся специальностью и опытом работы. Эти консультации могут проводиться как во время дежурства по клинике, так и по просьбе коллег во время, выходящее за рамки дежурства.

6. Организовывает совместные консультации пациентов со сложными и неясными формами заболеваний – с заведующим отделением, старшим врачом клиники, нач. медом, медицинским директором и, при необходимости, со специалистами других лечебных учреждений.

7. Поддерживает корпоративный стиль как в отношении к клиентам, так и в отношениях с коллегами.

8. Осуществляет лично своевременный и качественный медицинский сервис пациентам клиники.

19. Организует работу подчиненных сотрудников, младшего медицинского персонала в вопросах, касающихся общей медицинской практики.

10. Осуществляет контрольные звонки пациентам, планирует первичные и повторные визиты.

11. Обеспечивает качество и соответствие международным стандартам медицинской помощи пациентам клиники.

12. Постоянно совершенствует свой профессиональный уровень: участвует в научных конференциях по специальности; совершенствует навыки.

13. Осуществляет активное ведение пациентов: составление календаря визитов и процедур, контроль очередных визитов.

14. Тщательно организует прием пациентов: использует предварительную запись, сообщает в регистратуру о новой записи, проводит прием пациента в максимально конфиденциальной обстановке, после приема все использованные инструменты приводит в порядок.

15. Приглашает для консультации других специалистов и медсестру, при согласии пациента.

16. Создает программы индивидуального обслуживания клиентов.

17. Своевременно оформляет медицинскую документацию.

18. Соблюдает принципы деонтологии, хранит врачебную тайну. 19. Использует современные, соответствующие западноевропейским и американским стандартам методы профилактики заболеваний, диагностики и лечения пациентов.

20. Строго придерживается правил внутреннего распорядка клиники (больницы, центра), всегда имеет опрятный вид.

21. Осуществляет дежурства по клинике, добросовестно выполняя обязанности дежурного врача. Руководит работой подчиненного медицинского дежурного персонала.

Обязанности медицинской сестры кабинета врача общей практики

1. В повседневной работе подчиняется непосредственно старшей медицинской сестре клиники (больницы, центра), врачу общей практики, заведующему отделением, главному врачу (медицинскому директору), заместителю главного врача по медицинской части (начмеду), старшему врачу, менеджеру по медицинскому персоналу.

2.Выполняет непосредственно медицинские распоряжения врача общей практики, старшей медицинской сестры, медицинского директора, врачей клиники, дежурного врача, менеджера по медицинскому персоналу.

3. Помогает врачу в осуществлении диагностических и лечебных процедур по разделу общей практики (простые диагностические и лечебные манипуляции в соответствии с указаниями врача общей практики).

4. Оформляет медицинскую документацию (заключения, справки и др.).

5. Во время дежурств выполняет обязанности медицинской сестры дневной и суточной смен (встреча пациентов, проведение доврачебного осмотра, измерение температуры, АД, роста, массы тела, каждый раз предлагает измерить все перечисленные параметры), заполнение первичной медицинской документации, выполнение медицинских сестринских манипуляций в соответствии с планом ведения пациента.

6. Проверяет своевременность выписки, правильность учета, распределения, расходования и хранения расходного материала кабинетов врачей общей практики.

7. Приводит кабинеты в готовность к приему пациента, ориентируясь на предполагаемый характер визита; проводит подготовку кабинетов для приема следующего пациента.

8. Осуществляет контрольные звонки пациентам до планируемого визита и между таковыми (звонит пациенту, напоминает о визите в клинику и о планируемых процедурах).

9. Осуществляет медицинский сервис в соответствии с требованиями к качеству международных стандартов оказания помощи средним медицинским персоналом.

10. Встречает пациента в регистратуре, провожает в кабинет, приносит заполненную историю болезни (амбулаторную карту) с предварительными медицинскими данными.

11. По всем вопросам качества медицинского обслуживания медсестра руководствуется разработанными корпоративными нормами.

Таким образом, возможных вариантов организации работы врача общей практики достаточно много, есть возможность выбора и для самого врача, и для организаторов здравоохранения.

*Нормативные документы, регламентирующие деятельность врача общей практики (семейного врача)*

Приказ М3 РФ от 26.08.1992 г. Ns 237 «О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)».

Приказ М3 РФ от 20.11.2002 г. № 350 «О совершенствовании амбу­латорно-поликлинической помощи населению РФ».

Приказ М3 РФ от 21.03.2003 г. № 112 «О штатных нормативах Цен­тра (отделения) общей врачебной (семейной) практики».

Приказ М3 РФ от 12.08.2003 г. № 402 «Об утверждении и введении в действие первичной медицинской документации врача общей практики (семейного врача)».

Приказ М3 СР РФ от 17.01.2005 г. № 34 «О порядке осуществления деятельности врача общей практики (семейного врача)».

Приказ М3 СР РФ от 29.07.2005 г. № 487 «Об утверждении Поряд­ка организации оказания первичной медико-санитарной помощи».

Приказ М3 СР РФ от 04.08.2006 г. № 584 «О порядке организации медицинского обслуживания населения по участковому принципу».

Приказ М3 СР РФ от 01.12.2005 г. № 753 «Об оснащении диагно­стическим оборудованием амбулаторно-поликлинических и стационар­но-поликлинических учреждений муниципальных образований».

Приказ М3 СР РФ от 11.05.2007 г. № 325 «Об утверждении крите­риев оценки эффективности деятельности врача общей практики (семей­ного врача)».

Приказ М3 СР РФ от 11.05.2007 г. «Об утверждении критериев оценки эффективности деятельности медицинской сестры врача общей практики (семейного врача)».

Приказ М3 СР РФ от 07.07.2009 г. № 415-п «Об утверждении ква­лификационных требований к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохране­ния».

Приказ М3 СР РФ от 15.05.2012 г. № 543н «Об утверждении поло­жения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».

Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22.07.1993 г. В редакции Федерального закона от 18.07.2011 г. № 242-ФЗ