**КУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ**

**КАФЕДРА ЭКОНОМИКИ И УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ**

#### КОНТРОЛЬНАЯ РАБОТА

#### ПО ДИСЦИПЛИНЕ:

#### «Управление качеством медицинских услуг»

ВРАЧ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

**Выполнил:** студент-экстерн

Будникова М.В.

Зачетная книжка № 757

**Проверил:** Хорлякова О.В.

КУРСК 2004

СОДЕРЖАНИЕ

Введение…………………………………………………………………………..2

1.Понятие «Семейный врач»…………………………………………………….3

2.Параметры развития общих врачебных практик…………………………….4

3.Комплексная оценка организации оказания больничной помощи………....5

4.Организационные технологии функционирования системы здравоохранения при переходе на оказание внебольничной помощи населению по принципу общих врачебных практик……………………………………………………………………………8

5. Частная практика……………………………………………………………..10

6. Программа «Семейный врач»……………………………………………….11

Заключение………………………………………………………………….......14

Список литературы……………………………………………………………..15

ВВЕДЕНИЕ

Одной из важнейших задач здравоохранения на современном этапе развития является поиск оптимального соотношения процессов специализации и интеграции. При этом следует иметь в виду, что процессы интеграции не снимают, а, напротив, увеличивают потребность органов здравоохранения в надежной информационной и нормативной базе, позволяющей достоверно оценить уровень обеспеченности населения района медицинской помощью и обосновать ее перспективное развитие. Организация медицинской помощи населению по принципу общей врачебной практики (ОВП) в значительной мере индуцирует изменения в организации оказания не только амбулаторно-поликлинической, но и неотложной, и стационарной медицинской помощи населению.

При организации внебольничной помощи населению и определении оптимальной степени участия в ней врачей разных специальностей, в первую очередь, возникает необходимость рационализации структурного соотношения в организации работы врача общей практики (ВОП) и других специалистов, внебольничной, скорой и неотложной, стационарной помощи.

80% людей обращаются за первой медицинской помощью в поликлиники по месту жительства к своим участковым терапевтам или педиатрам. Но, как правило, после визита к ним многим приходится не по одной неделе бегать по более узким специалистам. Зачастую в этом нет необходимости. Правда, в скором времени участковые терапевты могут практически исчезнуть. Их заменят семейные доктора или врачи общей практики. Но у участковых терапевтов есть шанс выжить: достаточно переучиться. Правда, сделать это в одночасье очень сложно и дорого. Однако многие медицинские учебные заведения уже готовят специалистов широкого профиля. За ними - будущее. Похоже, что сейчас настали времена для появления частных семейных врачей.

Семейными докторами в медицине называют врачей общей практики. Они оказывают медицинскую помощь всем людям независимо от пола, возраста и вида заболевания. Будущее первичной медицинской помощи именно за такими врачами, которые со временем вытеснят участковых терапевтов и педиатров. Но работа их еще какое-то время будет строиться по участковому принципу: за ними будет закреплена не одна конкретная семья, а несколько домов. Впрочем, их работа может строиться и по-другому.

ПОНЯТИЕ «СЕМЕЙНЫЙ ВРАЧ». ЕГО ПРЕДЫСТОРИЯ

Итак, семейный врач - специалист нового профиля, он имеет широкий спектр знаний в разных областях медицины, позволяющий диагностировать и лечить многие болезни.

Решение о реорганизации участковых служб врачами общей практики было принято Министерством здравоохранения еще в 1992 году. Согласно этому документу переход участковых врачей в семейную медицину рассчитан на несколько лет. Предполагается, что делаться это будет в пять этапов. На первом этапе участковые врачи возьмут на себя функции врачей, специализация которых максимально приближена к терапии. Потом они заменят врачей более узких специальностей: отоларингологов, офтальмологов и других. На третьем этапе участковые врачи будут оказывать не только первичную помощь, но и вести пациентов с хроническими заболеваниями. На четвертом - смогут оказывать гинекологическую помощь и акушерскую. То есть, беременная женщина уже сможет не вставать на учет в женскую консультацию, а прийти к семейному доктору, который будет следить за ее здоровьем и здоровьем будущего малыша. На последнем этапе, он станет действительно семейным врачом.  
      Это касается только участковых врачей. В нашей стране уже готовят врачей общей практики, которым не надо переучиваться, например, в медицинской академии в Омске. То есть они уже готовые специалисты, которые могут хоть сейчас открывать частные клиники.

Многие задаются вопросом: не означает ли это, что в конечном итоге врачи общей практики вытеснят не только участковых, но и всех остальных? Ни в коем случае, потому что семейный доктор может только выявить заболевание, вылечить его на ранней стадии, провести профилактику, но сложные случаи все равно останутся в ведении узких специалистов. Поэтому можно однозначно сказать, что врачи общей практики разгрузят узких специалистов. Правда, произойдет это еще не скоро.

ПАРАМЕТРЫ РАЗВИТИЯ ОБЩИХ ВРАЧЕБНЫХ ПРАКТИК   
Проведенный анализ государственной статистической отчетной документации за 2000 – 2002 годы позволил выявить следующие закономерности (на 1000 соответствующего населения).

Общая заболеваемость. Основными заболеваниями, требующими наибольшего внимания по возрастным группам являются (в сравнении с другими группами):   
- дети (болезни органов дыхания 638; пищеварения 108; некоторые инфекционные и паразитарные болезни 113; болезни нервной системы 38; уха и сосцевидного отростка 26);

- подростки (болезни глаза и его придаточного аппарата 93; психические расстройства 69; травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин 62; болезни нервной системы 41);   
- взрослые (болезни органов кровообращения 102; костно-мышечной системы и соединительной ткани 77; мочеполовой системы 59; новообразования 29; болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ 25).

Первичная заболеваемость. Основными заболеваниями, требующими наибольшего внимания по возрастным группам являются (в сравнении с другими группами):   
- дети (болезни органов дыхания 569; некоторые инфекционные и паразитарные болезни 84; болезни органов пищеварения 76; кожи и подкожной клетчатки 42; глаза и его придаточного аппарата 31; уха и сосцевидного отростка 21; нервной системы 18; крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм 16; врожденные аномалии развития, деформации и хромосомные аномалии 5);

- подростки (травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин 61; костно-мышечной системы и соединительной ткани 28; болезни мочеполовой системы 28; психические расстройства и расстройства поведения 14; болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ 7);

- взрослые (болезни органов кровообращения 15, новообразования 8).

Таким образом, характеристика заболеваемости населения является одним из достаточно важных факторов, определяющих основные направления развития ОВП в плане формирования приоритетных по объемам деятельности контингентов населения для реализации областной целевой программы.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Посещаемость населением амбулаторно-поликлинических учреждений (без стоматологических посещений) составляет 6150 посещений на 1000 жителей.

Удельный вес посещений по поводу заболеваний составляет в целом 65%, в поликлинике 66%, а на дому только 31%.

Охват населения профилактическими осмотрами по подлежащим контингентам составляет: всего (71%); контингенты, осмотренные на периодических осмотрах (88%); подростки в возрасте 15 - 17 лет (87%); дети (58%).

В целом наименьший удельный вес населения, охваченного диспансерным наблюдением отмечается по следующим классам болезней: травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин (1%); болезни органов дыхания, болезни кожи и подкожной клетчатки (8%); болезни уха и сосцевидного отростка (12%); болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (13%); беременность, роды и послеродовой период (14%).

Это объясняется значительным числом заболеваний в данных классах болезней, не требующих диспансерного наблюдения. Далее охват диспансерным наблюдением распределяется следующим образом: болезни мочеполовой системы (24%); болезни органов пищеварения (26%); болезни нервной системы (26%); некоторые инфекционные и паразитарные болезни (28%); болезни органов кровообращения, болезни глаза и его придаточного аппарата (30%).

Социологические службы, исследовавшие этот вопрос, проводили опрос населения по вопросам организации внебольничной медицинской помощи, который позволил выявить следующее.

Работой своего участкового терапевта полностью удовлетворены 50%, удовлетворены частично 37%, не удовлетворены 7% респондентов, при этом большая часть респондентов (87%) в той или иной степени удовлетворены работой участковой терапевтической службы.

Работой своего участкового педиатра полностью удовлетворены 54%, удовлетворены частично 33%, не удовлетворены 5% респондентов, при этом большая часть респондентов (87%) в той или иной степени удовлетворены работой участковой педиатрической службы.

Работой своего участкового акушера-гинеколога полностью удовлетворены 47%, удовлетворены частично 30%, не удовлетворены 10% респондентов, при этом большая часть респондентов (77%) в той или иной степени удовлетворены работой участковой акушерско-гинекологической службы.

Таким образом, из участковых служб в наибольшей степени респонденты удовлетворены работой участковых терапевтов, а в наименьшей работой участковых акушеров-гинекологов, при этом наибольшее число респондентов работа участковой акушерско-гинекологической службы полностью не удовлетворяет.

Работой "узких" специалистов полностью удовлетворены 32%, удовлетворены частично 49%, не удовлетворены 10% респондентов, при этом большая часть респондентов (82%) в той или иной степени удовлетворены работой "узких" специалистов.

Необходимо отметить, что работой участковой службы респонденты удовлетворены в большей степени, чем работой "узких" специалистов (84% и 82% соответственно).

Работой скорой медицинской помощи полностью удовлетворены 16%, удовлетворены частично 63%, не удовлетворены 13% респондентов, при этом большая часть респондентов (79%) в той или иной степени удовлетворены работой скорой медицинской помощи.

Работой врачей стационара полностью удовлетворены 42%, удовлетворены частично 39%, не удовлетворены 7% респондентов, при этом большая часть респондентов (81%) в той или иной степени удовлетворены работой стационара.   
Работой лечебно-диагностических служб полностью удовлетворены 32%, удовлетворены частично 43%, не удовлетворены 12% респондентов, при этом большая часть респондентов (75%) в той или иной степени удовлетворены работой лечебно-диагностических служб.

Таким образом, по мнению экспертов, ОВП могут взять на себя оказание медицинской помощи по следующим специальностям: терапия (60%), педиатрия (60%), невропатология (40%), акушерство и гинекология (30%), инфекционные болезни (30%), хирургия (30%), офтальмология (30%), оториноларингология (30%), стоматология (30%), неотложная помощь (50%).

По мнению экспертов, ОВП могут взять на себя оказание медицинской помощи населению по следующим специальностям: терапия (60%), педиатрия (60%), невропатология (40%), акушерство и гинекология (30%), инфекционные болезни (40%), хирургия (30%), офтальмология (30%), оториноларингология (30%), стоматология (30%), неотложная медицинская помощь (50%).

В наибольшей степени ОВП могут взять на себя оказание медицинской помощи населению по следующим специальностям: терапия, педиатрия и неотложная медицинская помощь, а в наименьшей - оториноларингология, офтальмология и хирургия.

В наименьшей степени ОВП могут взять на себя оказание медицинской помощи населению по следующим специальностям: оториноларингология, стоматология, акушерство и гинекология.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПРИ ПЕРЕХОДЕ НА ОКАЗАНИЕ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ПО ПРИНЦИПУ ОБЩИХ ВРАЧЕБНЫХ ПРАКТИК

В условиях жестких финансовых ограничений представляется целесообразным использовать принцип подушевого финансирования поликлиник на прикрепленное население с элементами оплаты отдельных медицинских услуг.

Кроме того, представляется целесообразным сверх подушевого норматива оплачивать по медико-экономическим стандартам (за законченный случай) стационарозаменяющие виды помощи (услуги дневных стационаров, стационаров на дому, амбулаторную хирургию).

Основным принципом формирования подушевого норматива является включение в него расходов на все взаимосвязанные виды помощи.

Важнейшее значение при внедрении ОВП имеет комплекс организационных мероприятий:   
- этапность развития ОВП на базе поликлинического отделения больницы;

- механизмы финансирования ОВП (структура подушевого норматива);   
- информирование населения о переходе на оказание медицинской помощи населению района по принципу ОВП (статьи в местной газете, передачи на радио и местном телевидении);

- проведение собрания с коллективом больницы и сельских учреждений здравоохранения о переходе на оказание медицинской помощи населению района по принципу ОВП и изменении механизмов финансирования амбулаторно-поликлинической помощи;

- определение персонального состава ОВП в поликлинике;   
- определение зон обслуживания населения ОВП;

- определение помещений для размещения ОВП в больнице;

- получение (приобретение, разработка) нормативно-методической документации;   
- подготовка и издание приказа о переходе на оказание медицинской помощи населению района по принципу ОВП и изменении механизмов финансирования амбулаторно-поликлинической помощи;

- приобретение оборудования для ОВП (по стандарту оснащения ОВП);   
- обучение врачей ОВП;

- обучение медицинских сестер на базе областного училища повышения квалификации среднего медицинского персонала;   
- лицензирование ОВП;

- размещение амбулаторных карт закрепленного за ОВП населения в регистратуре по зонам обслуживания ОВП;

- подготовка планов работы ОВП.

Конфликтные ситуации при внедрении общих врачебных практик   
Основными возможными конфликтами при внедрении ОВП являются:   
Конфликты между населением и врачом общей врачебной практики   
1. Стремление больных пройти, на их взгляд, необходимое обследование и консультацию у "узкого" специалиста при:   
- отсутствии, по мнению ВОП в этом объективной необходимости;   
- стремлении ВОП не платить за эти виды медицинской помощи (не новая проблема).   
2. Определенное недоверие населения ВОП, лечащему взрослых и детей и большее доверие "узким" специалистам, чем ВОП.   
3. Стремление населения обязательно попасть на прием к ВОП при:   
- объективной, по мнению ВОП, целесообразности приема больного средним медицинским персоналом;   
- стремлении ВОП перераспределить потоки больных в сторону увеличения приема средним медицинским персоналом (не новая проблема).   
Конфликты между врачами общих врачебных практик и "узкими" специалистами.

Стремление ВОП ограничить число консультаций "узких" специалистов, а "узких" специалистов увеличить потоки больных путем формирования общественного мнения и личных бесед с больными (новая проблема).   
Конфликты между врачами общих врачебных практик и руководством стационаров, поликлиник, скорой медицинской помощи   
Стремление руководителей поликлиник, стационаров, скорой медицинской помощи и ВОП самостоятельно регулировать потоки больных на обследование, лечение в условиях поликлиники и стационара, консультации специалистов и, как следствие, потеря финансовых средств (новая проблема).   
Решение хотя бы некоторых из этих проблем позволит значительно ускорить процесс внедрения ОВП в сельской местности.

ЧАСТНАЯ ПРАКТИКА

Возвращаясь к вопросу об организации процесса работы, надо отметить, что в рекомендациях Минздрава прописано несколько вариантов. Один из них - по участковому принципу, о котором было сказано ранее. То есть врач общей практики находится в поликлинике по месту жительства и там же принимает своих пациентов. Поскольку организовать рабочее место врача общей практики сложнее, чем просто терапевта, то нахождение семейных врачей в действующих поликлиниках - большой плюс. Однако есть другой вариант. Можно открывать семейный офисы в том или ином микрорайоне. Но для этого надо иметь отдельное помещение и все необходимое оборудование, а это не только кушетка и градусник. Кроме того, если пациенту нужна будет консультация более узкого специалиста, то ему все равно придется идти в поликлинику.     
   Не исключено, что не за горами времена, когда в России наступит бум открытия частных семейных офисов. К этому есть все предпосылки. Исследователи этой проблемы сомневаются, что заработная плата врачей общей практики в поликлиниках вырастет пропорционально их должностным обязанностям. Как следствие, они начнут открывать свои собственные семейные клиники. Естественно, что для этого потребуются большие капиталовложения. Однако люди, истосковавшиеся по нормальному медицинскому обслуживанию и имеющие деньги, пойдут лечить себя и своих родственников именно туда.   
   В крупных городах уже появляются такие хозрасчетные клиники. Соответственно, там есть не только высококвалифицированные специалисты, но все необходимое оборудование. Понятно, что лечиться здесь не всем по карману. Но это только на первый взгляд. Например, семья из четырех человек должна выложить 12 тысяч рублей. Заплатив их, вам уже больше не надо будет в течение года вкладывать еще какие-то дополнительные средства. В эту сумму входят не только визиты к семейному доктору, но и все необходимые анализы, и лечение у узких специалистов и еще ряд услуг. Если подсчитать, сколько придется затратить, если хотя бы один член семьи заболеет, бегая по всем врачам, чаще всего из одного конца города в другой, то эта цифра уже не покажется такой высокой.   
   Обращаясь в частную семейную клинику, пациент получает еще одно преимущество. У него появляется возможность самому выбрать врача себе, ребенку, родственникам. А это немаловажно. Возможно, со временем переход на лечение у врачей общей практики и хорошее финансирование предоставят нам право выбирать себе доктора, а не получать вместе с пропиской.

ПРОГРАММА «СЕМЕЙНЫЙ ВРАЧ»

Обратимся к тому, как же работает программа «Семейный врач».

**Запись на прием к врачу.**

Знакомство со своим Семейным врачом начинается с первичной консультации. Если нужно встретится с доктором как можно скорее, но в силу каких-либо обстоятельств врач не может принять пациента, следует обратиться к врачам-координаторам страховой компании, которые организуют консультацию другого врача в кратчайшие сроки.

**Вызов врача на дом.**

Если пациент почувствовал себя плохо и не может посетить доктора в медицинском центре, он может вызвать Семейного врача на дом. Сделать это можно, позвонив врачу-координатору страховой компании или непосредственно в медицинский центр, в котором принимает семейный врач.  
В рамках программы "Семейный врач" доктор посетит пациента на дому или на работе всегда, когда он нуждается в его консультации.

**Прием врачами-специалистами.**

Если проблема выходит за рамки компетентности Семейного врача, он направит к врачу-специалисту или порекомендует стационарное лечение. По программе "Семейный врач" доктор, в случае необходимости, будет участвовать в консультации врача-специалиста. Кроме того, по этой программе, при направлении на консультацию к специалисту, будет сопровождать сервис-менеджер, который сделает Ваше посещение медицинского учреждения более комфортным.

**Прием врачом гинекологом и/или офтальмологом.**

Если нужна гинекологическая и/или офтальмологическая медицинская помощь, пациент может обратиться к этим специалистам непосредственно, минуя Семейного врача, в обслуживающем его медицинском учреждении.

**Плановая госпитализация.**

В случае направления Семейным врачом или врачом-специалистом на стационарное лечение, страховая компания организует госпитализацию в необходимый стационар. Лечение будет проводиться в условиях палат "ЛЮКС" .

Стоматологическая помощь.

При обращении в стоматологический центр пациенту будет оказана необходимая помощь, как терапевтическая, так и хирургическая, включая все виды стоматологических услуг (кроме подготовки к протезированию, протезирования и ортодонтии).

**Контроль качества лечения.**

В штате работают врачи-эксперты, которые контролируют качество, объем и сроки, оказываемых медицинских услуг, соответствующих современным стандартам. При стационарном лечении пациента посетит линейный врач, который организует его пребывание в стационаре в соответствии со страховой программой и сделает его более комфортным.

**Профилактика.**

По программе "Семейный врач" страховая компания оплатит не только лечение в случае заболевания, но и профилактические медицинские услуги. О важности профилактики Вам расскажет Ваш Семейный врач при первой встрече с ним.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, проведенное нами комплексное социально-гигиеническое исследование организации и основных проблем оказания медицинской помощи сельскому населению в условиях перехода на оказание медицинской помощи по принципу ОВП, разработанные структурно-организационная модель и организационные технологии функционирования сельского здравоохранения позволят повысить уровень организации внебольничной медицинской помощи сельскому населению.

Результаты экспертной оценки основных проблем, механизмов и перспектив внедрения ОВП в сельское здравоохранение; социологического исследования отношения сельского населения к организации медицинской помощи по принципу ОВП; основные направления развития ОВП в сельских административных районах; организационные мероприятия по развитию ОВП в сельских административных районах; структурно-организационная модель системы сельского здравоохранения при переходе на оказание медицинской помощи по принципу ОВП могут быть рекомендованы территориальным органам управления здравоохранением других субъектов федерации.

ЛИТЕРАТУРА   
  
1. Ануфриев С.А. Анализ работы отделения общей практики в Санкт-Петербурге // Рос. сем. врач.- 1997.- N 1.- С. 30 - 32.

2. Белокриницкий Д.В. Модель организационной структуры работы семейного врача в условиях сельского и городского участка / Общеврачебная (семейная) практика в России: состояние и перспективы / Материалы Всероссийской научно-практической конференции.- Самара. 1997.- С. 139 - 141.

3. Галкин Р.А., Мовшович Б.Л., Иванова А.В. и др. Врач общей практики: первичная специализация, организация работы в структуре акушерско-терапевтическо-педиатрического комплекса // Врач.- 1995.- N 2.- С. 36 - 37.

4. Галкин Р.А., Денисов И.Н., Иванов А.И. Опыт организации работы врача общей практики (семейного врача) с частичным фондодержанием // Леч. врач.- 2000.- N 9.- С. 4 - 7.

5. Денисов И.Н., Иванов А.В., Берестов Л.А. и др. Место семейного врача в структуре первичной медико-санитарной помощи // Врач.- 1995.- N 3.- С. 34 - 36.

6. Коротков Ю.И., Потехина М.Т., Чернявский В.И. Врачи общей практики и первичная медико-санитарная помощь в России // Всемир. форум здравоохр.- 1995.- N 2.- С. 72 - 73.

7. Павлов Ю.В., Вишняков Н.И., Кириллов А.В. и др. О некоторых организационно-правовых проблемах внедрения общеврачебной практики в Санкт-Петербурге // Здравоохр.- 2000.- N 2.- С. 21 -33.

8. Хант Винсент Р., Айленд Род. Семейная медицина: ретроспектива и базовые принципы // Врач.- 1994.- N 2.- С. 34 - 36.

9. Щепин О.П., Дмитриева Н.В., Коротких Р.В. Место врача общей практики и семейного врача в реформе здравоохранения // Здравоохр. Рос. Федерации.- 1993.- N 3.- С. 5 - 8.