

УДК 614.2(493)

**ОБЩАЯ ВРАЧЕБНАЯ ПРАКТИКА В БЕЛЬГИИ: ВЗГЛЯД ИЗНУТРИ**

Е. Ю. Тур

ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова»  
Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия**FAMILY MEDICINE IN BELGIUM: VIEW FROM INSIDE**

E. Y. Tour

North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov, St. Petersburg, Russia

© Е. Ю. Тур, 2014 г.

Статья посвящена особенностям социального страхования и организации общей врачебной практики в Бельгии. Представленная информация была получена во время прохождения стажировки клиническим ординатором кафедры семейной медицины СЗГМУ им. И. И. Мечникова.

**Ключевые слова:** модели социального страхования, организация общей врачебной практики в Бельгии.

This article is dedicated to the features of social insurance and the organization of family medicine in Belgium. Information was obtained during the internship clinical resident of family medicine department.

**Keywords:** social insurance models, the organization of family medicine in Belgium.

Благодаря историческим связям, существующим между Санкт-Петербургом и Фландрией, а также длительному и плодотворному сотрудничеству Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова и Католического университета Левена сотрудники кафедры семейной медицины имели возможность посетить этот старейший университет Европы или пройти там стажировку, что особенно актуально для клинических ординаторов или аспирантов.

Стажировка, организованная в ноябре 2013 г., была запланирована для решения задач, сформулированных в рамках двух совместных научных проектов «ХРУСТАЛЬ» и «РЕСПЕКТ», представленных ранее в журнале «Российский семейный врач» [1, 2]. Кроме того, предстояло познакомиться с системой оказания медицинской помощи и социального страхования в Бельгии, а также обсудить модель портфолио для обучения клинических ординаторов, разработанную кафедрой семейной медицины, и дальнейшее ее совершенствование.

При первом знакомстве с бельгийской системой организации оказания медицинской помощи обращают на себя внимание выраженная направленность на потребности пациента, подход к организации рабочего времени, сплоченная работа коллектива и многое другое.

В то время как организация и функции первичной медико-санитарной помощи в разных странах различаются вследствие особенностей исторического развития и различных социаль-

ных, экономических и культурных обстоятельств, услуги, оказываемые врачами общей практики, представляют собой основной элемент первичной медико-санитарной помощи. Как и в России, врач общей практики в Бельгии обеспечивает интегрированную помощь, направленную на пропаганду здоровья, профилактику и лечение заболеваний, реабилитационную и восстановительную помощь пациентам с физической, психологической и социальной точек зрения [3].

За время стажировки профессором Католического университета Левена Я.-М. Дегризом были организованы посещения нескольких крупных офисов врачей общей практики как в самом Брюсселе, так и в его пригородах.

За время стажировки профессор Католического университета Левена Я.-М. Дегриз организовал посещение нескольких крупных офисов.

В отличие от России, врачи общей практики в Бельгии заключают договор с местными органами управления здравоохранением на оказание медицинской помощи населению; таким образом, они в значительной степени независимы в принятии решений, касающихся ведения больных.

Последипломная подготовка врачей общей практики в Бельгии длится дольше, чем в России, в среднем 3–5 лет, однако, как и в России, обязательным является периодическое повышение квалификации.

От врачей общей практики в Бельгии требуется обеспечение круглосуточной доступности первичной медицинской помощи. Однако в полной мере это осуществимо лишь в случае груп-

повой практики, когда возможна организация графика дежурств каждого из врачей. В Бельгии врач общей практики может работать один (одиночная практика), в партнерстве с другим врачом (партнерство) или с несколькими врачами (групповая практика). До настоящего времени остается высокой доля одиночных практик, которые в основном функционируют в сельской местности с относительно низкой плотностью населения. Однако наиболее широко применяется организация первичной медицинской помощи по принципу групповых практик или центров здоровья. Такие центры объединяют 5–7–9 врачей, несколько медицинских сестер, иногда социальных работников [3].

По своей структуре и оснащению медицинские центры Брюсселя незначительно отличаются от медицинских центров России. Медицинские центры в Бельгии имеют в своем составе регистратуру, зал ожидания для пациентов, несколько кабинетов врачей общей практики, процедурный, прививочный кабинеты, кабинет для оказания минимальной хирургической помощи, физиотерапевтический кабинет, гинекологический кабинет и кабинет медицинской профилактики [4].

Стиль оформления офиса и расположение кабинетов в центре врачей общей практики утверждаются согласно коллективному решению, принятому врачами. Как правило, каждый офис имеет четко выраженную индивидуальность.

В зависимости от численности прикрепленного населения врачи, работающие в медицинских центрах районов Брюсселя, Гента и Левена, имеют разное время на прием пациента. Чем больше объем прикрепленного населения, тем меньше времени для консультации. Минимальное время консультации — 20 мин на одного пациента.

Вне зависимости от времени врач должен не только опросить, обследовать и назначить лечение пациенту, но также наладить с ним психологический контакт. Оказание индивидуальной, всеобъемлющей и непрерывной помощи поддерживается благодаря постоянному контакту семейного врача и пациента, основанному на взаимном доверии и договоренности между пациентом и врачом. Кроме того, этому способствует ведение врачом общей практики списка пациентов или семей, которым оказывается помощь [4].

В течение дня врач общей практики принимает в офисе от 3 до 9 пациентов. Для визитов на дом выделен один или два дня в неделю, количество дней в неделю зависит от объема прикрепленного населения. Каждый месяц создается но-

вый график приема врачей в центре и консультаций с визитом на дом.

Врач, который, согласно графику, консультирует на дому, в этот же день может работать в call-центре в вечернее время. К примеру, офис врачей общей практики в Генте имеет свой call-центр, в котором работают доктора в свободное от основной работы время для консультации пациентов по телефону. Единновременно в таком call-центре работает от одного до трех врачей. По окончании консультации, если проблема остается нерешенной, врач назначает пациенту дату и время для приема в клинике или, если это необходимо, регистрирует визит на дом.

Когда пациент приходит на прием, в первую очередь врач старается оказать психологическую помощь и поддержку, наладить с пациентом психологический контакт. В начале консультации врач просит, чтобы пациент сформулировал, что он хочет получить в результате консультации, каких действий ждет от врача и какого результата — от лечения. Эта стратегия оказания медицинской помощи преподается на кафедре семейной медицины Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова и широко применяется в офисах врачей общей практики России.

После того как контакт с пациентом налажен, врач переходит к регистрации пациента в общей базе данных, единой для всех медицинских центров врачей общей практики. Бельгийский врач вправе отказать в регистрации и обследовании пациенту, если тот проживает слишком далеко от места работы врача. В базе данных фиксируется дата посещения, жалобы во время визита, данные осмотра, диагноз и назначенное лечение согласно поставленному диагнозу.

Такие базы данных предназначены для более удобной группировки сведений о пациенте и текущем обследовании, для просмотра и последующей печати отчета или копирования данных в любом формате (как на бумажном, так и электронном носителе). Систематическое ведение подробных, ориентированных на проблемы и полных записей важно для поддержания непрерывности оказания помощи, выявления эпизодов заболеваний, сбора анамнеза и описания истории болезни пациента, а также для координации ухода в том случае, если в нем участвуют несколько медицинских работников.

Электронные карты пациентов могут содержать высококонфиденциальную информацию. Конфиденциальность информации должна поддерживаться в соответствии с действующим законодательством. Пациенты также имеют право доступа к собственным картам. Информация

может удерживаться в тайне от пациента только в том случае, если есть обоснованное предположение, что это причинит серьезный вред без ожидания явных положительных эффектов.

После регистрации пациента врач приступает к медицинскому осмотру. В кабинете врача общей практики пациент проходит полный медицинский осмотр, при необходимости включающий минимальную хирургическую обработку и инструментальные методы обследования, такие как ЭКГ, УЗИ или спирометрическое исследование.

После осмотра врач назначает и выдает ему необходимые для лечения препараты, которые можно тут же получить в аптечном киоске, расположенном в центре общей практики.

Для пациентов многих медицинских центров в Брюсселе организованы школы, в которых проводятся семинары на такие темы, как «Отказ от курения», «Борьба с лишним весом», «Вакцинация против гриппа» и другие. Семинары проводятся один или два раза в неделю, в завершение пациентам выдается информация в виде брошюр по проблеме, которая была обсуждена.

Большинство клиник в Брюсселе не имеет собственных лабораторий и кабинетов рентгенодиагностики. Лабораторные анализы направляют в специальные лаборатории, расположенные обособленно от медицинских центров. Пациентам, которым требуется рентгенологическое обследование, выдаются направления в стационары.

Врач общей практики в Бельгии должен не только быть прекрасно подготовлен, иметь диплом международного класса, уделять пациентам много внимания, но и владеть несколькими языками — английским, французским, немецким и датским для оказания медицинской помощи пациентам разных этнических групп.

В странах Европейского союза выделяют две основные модели финансирования здравоохранения: модель, основанную на социальном страховании, она же система Бисмарка, и бюджетную, или модель национального здравоохранения [5].

В Бельгии повсеместно используется система социального страхования Бисмарка.

Модель Бисмарка распространена во многих странах мира. В Европейском союзе она представлена в Бельгии, Германии, Австрии, Нидерландах и Франции. основополагающие принципы этой модели заложены в конце XIX в. в Германии ее канцлером О. Бисмарком, подготовившим основы прогрессивного для того времени социального законодательства, которое в дальнейшем послужило образцом для других индустриальных государств [6].

Модель Бисмарка имеет несколько важных отличительных признаков [7].

Во-первых, согласно этой системе, врачи являются свободными лицами, которые предлагают свою помощь на рынке медицинских услуг, а государство законодательным путем обязывает работодателей принимать участие в оплате медицинской помощи через больничные кассы. Работодатели оплачивают только часть стоимости медицинской помощи, вторую часть платят сами работники [6].

Во-вторых, система Бисмарка отличается оптимальным сочетанием интересов субъектов социального страхования. Личная ответственность работников и работодателей, их солидарная помощь при распределении страховой нагрузки, размер пенсий и пособий зависят от размера заработной платы, величины страховых платежей и продолжительности страхового стажа [8].

В-третьих, социальное страхование, организованное по модели Бисмарка, базируется на профессионально-трудовой социальной солидарности и благодаря этому отличается высокой надежностью предоставления качественной медицинской и реабилитационной помощи, высоким уровнем страховых выплат, демократичностью управления и прозрачностью финансовых потоков. Товарищества взаимного страхования организованы на основе самоуправления под государственным правовым контролем.

По системе Бисмарка страховые компании и структуры, которые являются субъектами рынка медицинских услуг, обязаны все собранные средства использовать только на оплату медицинской помощи. Характерной чертой системы Бисмарка является существование фондов, управляющих государственными или частными страховыми компаниями. Деятельность независимых страховых фондов строго регламентируется государством [8].

В рамках организованной стажировки была запланирована углубленная работа с моделью портфолио для обучения клинических ординаторов. Предстояло продемонстрировать собственную разработанную модель и ознакомиться с моделью портфолио Католического университета Левена.

С ноября 2012 г. на кафедре семейной медицины используется электронная версия портфолио для обучения в клинической ординатуре. Портфолио содержит несколько блоков, самостоятельно заполняемых клиническим ординатором, и позволяет учитывать разнообразные результаты его образовательной активности: практическую и теоретическую работу, практические навыки, научную деятельность, участие в конференциях и т. д. Портфолио является

оптимальным вариантом для контроля обучения и оценки профессионального роста клинических ординаторов.

Версия портфолио, разработанная кафедрой семейной медицины, получила позитивную оценку профессорско-преподавательского коллектива кафедры семейной медицины Католического университета Левена. Было отмечено наличие в русской модели портфолио опции «feedback», т. е. феномена «обратной связи» между преподавателем и клиническим ординатором. Феномен «обратной связи» обеспечивает непрерывный контакт между клиническим ординатором и кафедрой, что позволяет достичь наилучшего результата в ходе обучения.

В результате знакомства с моделью портфолио, которая внедрена в практику в Католическом университете Левена, были обнаружены следующие отличия от русской модели:

- данные бельгийской модели хранятся на едином закрытом сервере;
- на сервере хранятся портфолио всех клинических ординаторов университета;
- модель портфолио выполнена в формате интернет-сайта;
- вход на сайт происходит только после введения пароля клиническим ординатором или его куратором;
- бельгийская модель портфолио содержит больше блоков информации, чем русская, например подробное описание медицинского осмотра каждого пациента, развернутое клиническое обоснование назначенной терапии с указанием

особенностей фармакокинетики лекарственного препарата для каждого пациента и т. д.

В ходе стажировки, после знакомства с бельгийской моделью портфолио клинического ординатора, представилась возможность дополнить и модернизировать модель портфолио кафедры семейной медицины и создать курс дистанционного обучения для клинических ординаторов кафедры по методологии использования портфолио. Данный дистанционный курс «Основы создания и ведения портфолио» как метод непрерывного обучения в клинической ординатуре планируется включить в учебную программу обучения клинических ординаторов кафедры семейной медицины.

**Заключение.** Общая врачебная практика может успешно внедряться в различных системах здравоохранения. Несмотря на различия в способах планирования, организации и управления, благодаря особенностям, присущим общей врачебной практике, семейная медицина прогрессивно развивается во многих странах, в том числе и в России. Успешное выполнение поставленных задач в рамках стажировки позволило не только познакомиться с системой здравоохранения и организацией медицинской помощи в Бельгии, но и обменяться опытом с бельгийскими коллегами. В будущем это поможет модернизации обучения в клинической ординатуре на кафедре семейной медицины и внедрению новых дистанционных методов преподавания, в частности активному использованию портфолио в процессе овладения основ общей врачебной практики.

### Литература

1. Фролова Е. В. Уроки проекта «Хрусталь» // Российский семейный врач. — 2010. — № 3. — С. 6–7.
2. Кузнецова О. Ю. Итоги конференции с международным участием «Большой хронической обструктивной болезнью легких в общей врачебной практике. Новый вызов для семейного врача» // Российский семейный врач. — 2012. — № 3. — С. 52–55.
3. Всемирная организация здравоохранения, Европейское региональное бюро. — «Структура профессионального и административного развития врачей общей практики/семейной медицины в Европе». — <http://www.euro.who.int/en/home>. — Последнее посещение сайта 13.01.2014.
4. Денисов И. Н., Лесняк О. М. Общая врачебная практика: национальное руководство. В 2-х т. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — 976 с.
5. Качалов В. А. Системы менеджмента качества. ИСО 9001:2008 в комментариях и задачах. — М.: ИздАТ, 2011. — 600 с.
6. Система здравоохранения Бельгии и Швеции. — <http://neostom.ru/zdravoochranenie-v-zarubezhnich-stranach/sistema-zdravoochraneniya-belgii-i-shvetsii.html>. — Последнее посещение сайта 13.01.2014.
7. Федеральный закон Российской Федерации от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
8. Баева Е. В. Основы менеджмента здравоохранения: Учебное пособие — К.: МАУП, Украина, 2007. — 328 с.

**Автор:**

**Тур Екатерина Юрьевна** — клинический ординатор кафедры семейной медицины ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова» Минздрава России

Адрес для контактов: [tur.e.y@rambler.ru](mailto:tur.e.y@rambler.ru)