

УДК 316.334:61

ІРИНА МАЖАК,

здобувач Інституту соціології НАН України,
старший науковий співробітник Національ-
ного інституту раку

Інститут сімейної медицини в Україні: емпіричне дослідження структурних чинників дієвості

Анотація

Проаналізовано складові функціональності інституту сімейної медицини. За результатами опитування населення з'ясовано, що легітимації інституту сімейної медицини не відбулося; на підставі кейс-стаді визначено структурні чинники дієвості сімейної медицини у м. Комсомольську, де відбулась успішна інституціоналізація приватної сімейної медицини; за результатами експертних інтерв'ю із сімейними лікарями виявлено відмінне і спільне в інститутах сімейної медицини в Україні та Польщі, основні проблеми інституціоналізації сімейної медицини в Україні, а також структурні чинники дієвості цього інституту, серед яких виокремлено: організаційні, нормативно-правові, фінансово-економічні, морально-етичні. Автором використано офіційні статистичні матеріали.

Ключові слова: *соціальний інститут, інституціоналізація, організаційне поле, інститут сімейної медицини, сімейний лікар, сімейна медицина*

Сімейна медицина зорієнтована на цілісний підхід до людини та її здоров'я — підхід, який майже зовсім зник разом із розвитком численних спеціальностей у сучасній медицині. У незалежній Україні рух у напрямі впровадження сімейної медицини на первинний рівень системи охорони здоров'я як оптимальну форму надання медичної допомоги було розпочато у 1990-х роках. З появою сімейної медицини як нового соціального інституту система охорони здоров'я України мала б зазнати певної трансформації, насамперед перерозподілу фінансових, матеріальних і людських ресурсів.

Передбачалося, що в результаті таких інституціональних змін первинна медико-санітарна допомога (ПМСД) стане якіснішою й економічно виправданою. Запровадження сімейної медицини передбачало зниження затратного рівня госпіталізації, зниження частоти відвідувань лікарів-спеціалістів, зменшення викликів швидкої медичної допомоги; зниження рівня передчасної смертності та інвалідності; посилення профілактичної спрямованості охорони здоров'я; підвищення якості, доступності медико-санітарної допомоги населенню; зміну установок і підвищення відповідальності за здоров'я кожного громадянина з боку влади, лікарів та самих громадян, а також економію коштів, виділених на охорону здоров'я. Проте, на жаль, всього цього так і не відбулося, оскільки в Україні таке реформування здійснено суто "формально", за винятком окремих, майже одиничних осередків сімейної медицини, переважно приватних сімейних лікарів-практиків. Такі негативні результати стали наслідком цілої низки причин політичного, економічного, правового, фінансового, організаційного, соціального і психологічного характеру. Виявленню цих чинників присвячено пропонуване дослідження.

Інституціональний та організаційний підходи до дослідження становлення сімейної медицини

Сімейна медицина як соціальний інститут, в термінах Щепанського [Szczepański, 1970], є комплексом медичних закладів, у яких сімейні лікарі й середній медперсонал здійснюють свою професійну діяльність, спрямовану на задоволення індивідуальних і сімейних потреб у первинній медико-санітарній допомозі, а також, що не менш важливо, регулюють поведінку членів місцевої громади (сімейно-територіальної ділянки) щодо здорового способу життя. Сімейний лікар здійснює свою діяльність не довільно, а відповідно до затвердженого обсягу кваліфікації та чинного етичного кодексу лікаря.

Згідно з узагальненою схемою інституціоналізації (див.: [Юрченко, 2009]), процес становлення соціального інституту сімейної медицини передбачає: 1) виникнення потреби у соціально зорієнтованому та економічно ефективному задоволенні потреби населення у первинній медико-санітарній допомозі; виникнення потреби особи, сім'ї, громади в отриманні територіально доступної, багатопрофільної та якісної охорони здоров'я з боку лікаря, що є довіреною особою; 2) формування засадових настанов сімейної медицини — надання доступної, якісної, безоплатної для населення медичної допомоги; 3) створення організаційних структур у вигляді амбулаторій (поліклінік) сімейної медицини як інфраструктури інституціоналізованої поведінки; 4) становлення нових соціальних правил та процедур соціальної взаємодії між сімейним лікарем і пацієнтом, сім'єю пацієнта, вузькими спеціалістами й іншими учасниками цього соціального інституту згідно з нормативно-правовою базою сімейної медицини, ухвалюваною з визначенням обсягу компетенції, а також формування чи відновлення певних традицій колишньої "земської" медицини й теперішньої сільської медицини; 5) виокремлення в регулювальних нормах сімейної медицини мораль-

но-етичних і нормативно-правових; 6) легітимація соціального інституту сімейної медицини, формування відповідного ставлення населення до соціальних правил та організаційних структур сімейної медицини; 7) формування соціальної групи сімейних лікарів, для яких ця діяльність стає професійною; 8) зміна якості самої діяльності сімейного лікаря як лікаря первинної охорони здоров'я, а саме підхід до пацієнта як до активного та відповідального партнера у запобіганні та боротьбі із хворобами; 9) формування чинників до підтримання відповідних норм і правил (зокрема, фінансова мотивація, довірливі взаємовідносини між сімейним лікарем і пацієнтом, постійна робота лікаря над підвищенням свого іміджу та престижу професії); 10) формування системи соціальних статусів і ролей, які охоплюють всіх без винятку членів інституту сімейної медицини (сімейний лікар, середній медперсонал сімейної медицини, пацієнт, його сім'я).

З огляду на запровадження та організацію функціонування сімейної медицини в контексті “організаційного поля” (за Р.Скоттом) [Скотт, 2008] необхідно визначити сукупність організацій, що формують галузь її інституціоналізованого функціонування: особи, що надають медичну допомогу (сімейні лікарі та середній медперсонал), і ті, що її отримують, споживачі (пацієнти та їхні сім'ї), ресурси (фінансові, матеріальні та людські), органи регулювання (органи місцевого самоврядування, регіональні управління охорони здоров'я, МОЗ України) та інші установи первинної медико-санітарної допомоги з надання схожих послуг (поліклініки, міські та районні лікарні). Оскільки жодне “організаційне поле” не є ізольованим і завжди відчуває певний зовнішній вплив, тому необхідно зазначити, що впровадження сімейної медицини на рівень первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) є трансформацією, спричиненою зовнішніми чинниками через проведення реформи системи охорони здоров'я з метою *здешевлення медичної допомоги та підвищення якості і доступності медичної допомоги для населення.*

До ресурсів і складників “організаційного поля” сімейної медицини слід віднести чисельність сімейних лікарів, сімейних медсестер, а також зведені демографічні характеристики населення сімейно-територіальних ділянок, фінансові можливості забезпечення певного рівня оплати праці з різних джерел фінансування і, насамкінець, медичне обладнання, методики й технології діагностики та лікування. Очевидно, наявність матеріальних ресурсів, їх доступність та розподіл безпосередньо впливають на “організаційне поле” сімейної медицини, проте потрібно брати до уваги пролонговану дію інституціональних чинників, враховуючи певну спрямованість пацієнтів, що надають перевагу звичній поліклінічній формі надання ПМСД.

“Інституціональні логіки” (за Р.Скоттом) [Скотт, 2008] в сімейній медицині формуються принципами її організації. Перш за все це — вільний вибір лікаря для пацієнта, доступність, безперервність, багатопрофільність, безоплатність профілактики та лікування, орієнтація на сім'ю та громаду, а також урахування особливого підходу до пацієнта як до соціальної особи, чия життєдіяльність відбувається під впливом різних соціальних груп. Носіями “інституціональних логік” є самі сімейні лікарі, інші працівники амбулаторій сімейної медицини, котрі втілюють ці практики надання медичної

допомоги в житті. Проте потрібно зазначити, що на рівні ПМСД продовжують діяти також інші “логіки” та актори, зокрема лікарі поліклінік (терапевти, педіатри, лікарі загальної практики й вузькі спеціалісти). Тому існує думка, що лише зі збільшенням чисельності сімейних лікарів як провідників принципів сімейної медицини її “інституціональна логіка” може стати такою, що домінує на рівні первинної медичної допомоги.

Важливо зазначити, що задля ефективності “поле” сімейної медицини потребує високого ступеня централізації фінансування, адже саме тут, згідно з програмою сімейної медицини, має задовольнятися до 90% потреб населення у медичній допомозі, а міра концентрації фінансових ресурсів, що перебувають у розпорядженні акторів цього “поля”, має становити близько 20% від усіх витрат на охорону здоров'я. Міра узгодженості взаємодії структур управління відповідно до своїх повноважень і дотримання певних правил сімейної медицини мусить бути дуже високою; тільки за цієї умови запровадження сімейної медицини може досягти своєї організаційної мети — оптимізації належного і доступного медичного обслуговування населення. Високим має бути і рівень підпорядкування акторів “організаційного поля” сімейної медицини моделям та організаційним принципам сімейної медицини. Інститут сімейної медицини вимагає й узгодженості ролевих меж та однозначного розуміння організаційних форм усіма учасниками-суб'єктами поля (лікарі, амбулаторії, поліклініки та інші організації, що надають ПМСД) поряд із загальною вимогою високого рівня узгодження інституціональних логік сімейної медицини. Проте міра організаційної пов'язаності — кількість формальних зв'язків між акторами — може бути низькою. Надзвичайно важливим параметром є також ясність меж поля — тобто ступінь захищеності акторів даного поля від вторгнення зовнішніх гравців і “логік”, що особливо важливо з огляду на запровадження приватної практики сімейними лікарями, що виявляється, як показує досвід, найбільш ефективною.

Складники функціональності інституту сімейної медицини

Завважмо, що в різних національних системах охорони здоров'я багатьох держав функціонують різні організаційні форми — моделі сімейної медицини: сольна, парна, групова. Однак, незважаючи на те, що організаційні форми сімейної медицини у світі різні — базові принципи її організації суттєво не відрізняються. Серед них зазвичай вирізняють такі: 1) доступність медичної допомоги для всіх громадян; 2) безперервність чи постійність медичної допомоги впродовж життя людини; 3) охоплення медичною допомогою всіх осіб незалежно від статі, віку, захворювання тощо; 4) координація медичної допомоги; 5) профілактика чи превентивність медичної допомоги; 6) опіка в контексті сім'ї; 7) опіка в контексті громади; 8) вимога до спеціаліста із сімейної медицини володіти знаннями багатьох медичних спеціальностей [Saultz, 2001].

Що ж до моделей сімейної медицини (СМ) в нашій країні, то МОЗ України виокремлює, по-перше, *СМ у сільській місцевості*: сільські лікарські амбулаторії з дільницями сімейної медицини, сільські лікарські амбу-

латорії з амбулаторіями сімейної медицини, дільничні лікарні з дільницями сімейної медицини, дільничні лікарні з відділеннями сімейної медицини, амбулаторії сімейної медицини на базі дільничних лікарень, районні лікарні з дільницями сімейної медицини, районні лікарні з відділеннями сімейної медицини, поліклініки центральних районних лікарень з дільницями сімейної медицини, центральні районні лікарні з відділеннями сімейної медицини, центральні районні лікарні з амбулаторіями сімейної медицини; по-друге, *СМ у містах*: самостійні поліклініки з дільницями сімейної медицини, самостійні поліклініки з відділеннями сімейної медицини, самостійні поліклініки з амбулаторіями сімейної медицини, самостійні поліклініки з відокремленими амбулаторіями сімейної медицини, поліклініки з дільницями сімейної медицини у складі лікарень, поліклініки з відділеннями сімейної медицини у складі лікарень, амбулаторії сімейної медицини на території обслуговування поліклінік у складі лікарень, лікарні з відокремленими амбулаторіями сімейної медицини, заклади сімейної медицини недержавної форми власності [Слабкий, 2008]. Це означає, що на сьогодні ще не відбулася реорганізація закладів первинної ланки охорони здоров'я — просто до старих назв закладів ПМСД додали означення належності до “сімейної медицини”.

Щодо організаційних принципів сімейної медицини, то найважливішим є вільний вибір лікаря. В Україні вільний вибір лікаря було задекларовано 1989 року наказом МОЗ СРСР № 938, але й понині не створено механізму масового використання цього права пацієнта, бо досі зберігається прикріплення пацієнтів до територіальної дільниці (за місцем реєстрації постійного проживання). Для підвищення якості надання послуг сімейними лікарями завдяки конкуренції між ними за пацієнтів і встановленню залежності оплати їхньої праці від кількості пацієнтів потрібно забезпечити механізм вільного вибору конкретного сімейного лікаря громадянами.

Звертаючись до розгляду нормативів СМ, слід зазначити, що для запровадження й розвитку сімейної медицини в Україні було ухвалено низку нормативно-правових документів на рівні Верховної Ради, Кабінету Міністрів та Президента. Проте наявність нормативно-правової бази, але без запровадження монетарної мотивації до праці є ознакою суто формального ставлення до сімейної медицини. Зокрема, досвід Польщі показує, що успіхи реформування ПМСД та рівень розвитку сімейної медицини залежать не стільки від кількості спеціально прийнятої для цього нормативно-правової бази, як від фінансового забезпечення й мотивації до праці основного суб'єкта первинної ланки — сімейного лікаря.

Сімейні лікарі щоденно виконують величезний обсяг роботи і мають велику кількість обов'язків. Вони проводять діагностику й лікування різних гострих захворювань, здійснюють тривалий нагляд і психологічну підтримку пацієнтів з різноманітними хронічними захворюваннями, консультують з приводу різних психоемоційних проблем, збирають якнайповнішу інформацію про різні чинники ризику, проводять профілактичні заходи для запобігання розвитку захворювань і здійснюють проведення скринінгових програм. Сімейний лікар — це фахівець, який застосовує холістичний підхід до пацієнта у біопсихологічно-соціологічному вимірі, що означає діагностування хвороби в означених трьох площинах.

Для ефективного функціонування інституту сімейної медицини в Україні потрібне чітке нормативно-правове розмежування обсягу компетенції та відповідальності між сімейними лікарями та іншими спеціалістами системи охорони здоров'я. Також потрібно скасувати законодавчі обмеження для приватних сімейних лікарів щодо видачі ними листків непрацездатності та використання деяких лікарських засобів, що належать до наркотичних та прекурсорів.

У сімейній медицині припустимі різні моделі взаємовідносин пацієнта і лікаря, які мають залежати від пацієнта, його рівня медичних знань, особистісних рис, цінностей, очікувань, соціального статусу тощо. Це (за класифікацією М.Соколовської): “активний лікар — пасивний пацієнт”, коли лікар щось робить для пацієнта, а той просто це приймає; “лікар, що керує — пацієнт, що співпрацює”, коли лікар каже пацієнтові, що слід робити, і той слухняно співпрацює; “співучасть”, коли лікар і пацієнт є партнерами і лікар допомагає пацієнтові, щоб той допоміг собі сам. Відповідно до моделі взаємовідносин пацієнт–лікар можуть різнитися і статуси сторін: сімейний лікар завдяки своєму професійному престижу, ситуативній владі та ситуативній залежності пацієнта може мати перевагу, але ці статуси також можуть бути рівними, коли пацієнт є партнером, який сам обирає шлях розв'язання своїх медичних проблем з того, що пропонує йому лікар.

У сімейній медицині відбувається зміна підходу до пацієнта, пацієнт перетворюється у партнера лікаря, бере участь у процесі лікування, несе відповідальність за результати і стан свого здоров'я, має право вибору, тобто якісно змінюються взаємини між сторонами взаємодії, змінюється спосіб досягнення мети та функціонування самого соціального інституту.

Легітимація інституту сімейної медицини в Україні

Збільшення чи зменшення кількості установ, що відтворюють ту чи ту організаційну форму, є одним з індикаторів змін, що відбуваються в організаційному полі. Домінування будь-якої організаційної форми з великою мірою ймовірності свідчить про її культурно-когнітивну легітимність [Скотт, 2008: с. 134]. За даними стандартизованого інтерв'ю¹, проведеного соціологічною групою “Рейтинг”² за розробленим авторкою опитувальником, виявилось, що загалом мешканці України не відчували запровадження у країні сімейної медицини, оскільки лише кожний десятий респондент за-

¹ Загальнонаціональне опитування населення. Обсяг вибіркової сукупності — 2000 респондентів. Генеральна сукупність — громадяни України віком від 18 років і старші. Тип вибірки — багатошаблева, стратифікована із застосуванням квотного відбору респондентів на останньому шаблі. Терміни проведення опитування — 2–15 серпня 2009 року.

² Соціологічна група “Рейтинг” спеціалізується на проведенні усіх видів соціологічних досліджень із дотриманням міжнародних стандартів, затверджених кодексами ESOMAR та WAPOR. Зокрема, на постійних засадах здійснює загальнонаціональні та регіональні політичні, тематичні, маркетингові та медіа дослідження. До мережі інтерв'юєрів належить понад 300 осіб, що працюють по всій Україні.

значив, що він або члени його сім'ї є пацієнтами сімейного лікаря чи лікаря загальної практики.

Однак, за даними Українського інституту стратегічних досліджень та МОЗ України, вже станом на 2008 рік населення, якому надається первинна медико-санітарна допомога на засадах сімейної медицини / загальної практики, становило 35,76% [Основні показники, 2009]. Станом на 2010 рік 40,54% населення України було охоплено ПМСД на засадах ЗП/СМ [Ситуаційний аналіз, 2011].

Відмінності між даними загальнонаціонального соціологічного дослідження і свідченнями офіційної статистики можна пояснити тим, що на виконання розпоряджень МОЗ України із запровадження сімейної медицини на місцях відбулася примітивна формальна зміна вивісок на амбулаторіях, і це сутнісно нічого не змінило ані для пацієнтів, ані для лікарів первинної ланки (що також було підтверджено експертним опитуванням). Зазначена розбіжність є певним показником ефективності запровадження і функціонування сімейної медицини в реальному житті українців, а не у статистичних звітах МОЗ України.

Що ж до розподілу пацієнтів сімейного лікаря у міській та сільській місцевості, то, як бачимо, за даними опитування, дещо більше таких серед міських жителів (10,7%) порівняно із сільськими (9,7%). Проте, за даними МОЗ України станом на 2008 рік, ПМСД на засадах сімейної медицини / загальної медичної практики було охоплено 16,95% міського населення (від загальної кількості міського) та 76,41% сільського населення (від загальної кількості сільського) [Основні показники, 2009].

Одним із пояснень великої відмінності між звітами МОЗ про впровадження сімейної медицини в сільській місцевості і кількістю респондентів сільської місцевості, які знають, що їхній лікар став сімейним, є те, що пацієнти як зверталися до одного лікаря, так і звертаються, бо він у них один, а зміна назви спеціальності лікаря їх не стосується, оскільки для них нічого не змінилося (як і для самих сільських лікарів, що підтверджують експерти).

Серед тих, хто є пацієнтом сімейного лікаря, 45,1% вважають, що якість медичного обслуговування радше підвищилася, і майже стільки ж — 40,3% — дотримуються протилежної думки (див. рис. 1).

Оцінювання пацієнтами професійного рівня сімейного лікаря показало, що 33,8% пацієнтів вважають професійний рівень своїх лікарів високим, а 20%, навпаки, — низьким. Як відомо, довіра між пацієнтом і лікарем є основою взаємовідносин та ефективності лікування. Більше як половина (60,6%) пацієнтів довіряють своїм сімейним лікарям, натомість більше ніж кожний п'ятий (23,2%) не довіряє лікарю.

Як відомо, профілактика та запобігання хворобам є основою сімейної медицини, адже сімейний лікар має бути зацікавлений у здоров'ї своїх пацієнтів. Найчастіше профілактична робота сімейного лікаря полягає у проведенні вакцинації та у пропаганді здорового способу життя, адже половина респондентів зазначили цю діяльність свого лікаря. Ще третина опитаних зазначили, що їхній сімейний лікар займається профілактикою та розв'язанням проблем наркоманії, алкоголізму та тютюнокуріння, і майже кожний п'ятий респондент зазначив таку діяльність, як профілактика та боротьба з ожирінням (рис. 2).

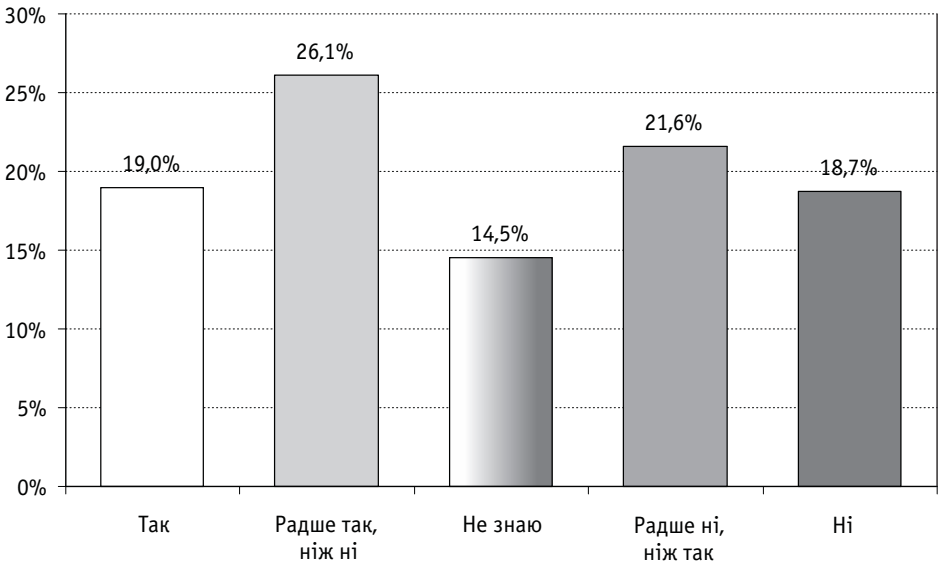


Рис. 1. Думки респондентів щодо підвищення якості медичного обслуговування із запровадженням сімейної медицини

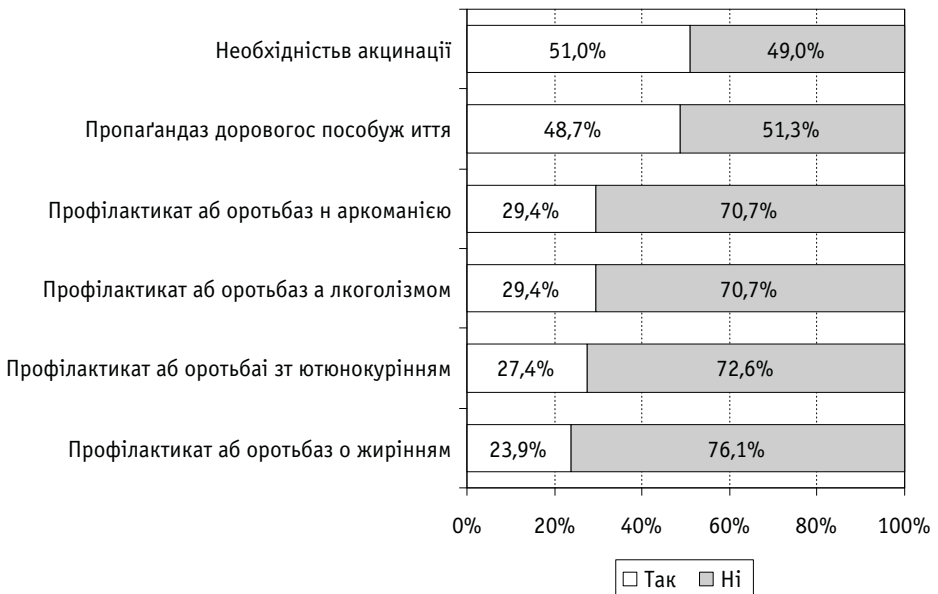


Рис. 2. Відповіді респондентів про профілактичну роботу їхніх сімейних лікарів

З аналізу основних причин звернення до сімейного лікаря бачимо, що найчастіше пацієнти звертаються у зв'язку з уже наявними проблемами зі здоров'ям, щоб отримати лікування (рис. 3).

Оскільки основний принцип сімейної медицини полягає в опікуванні усією сім'єю, цікаво було дізнатися, наскільки це відповідає дійсності. Отже, справді трохи більш як половина пацієнтів обслуговуються у сімейного лікаря цілою сім'єю, майже третина зазначили, що їхній сімейний лікар опікується не всіма членами їхньої сім'ї, а п'ята частка опитаних говорять про те, що сімейний лікар не опікується іншими членами їхньої сім'ї.

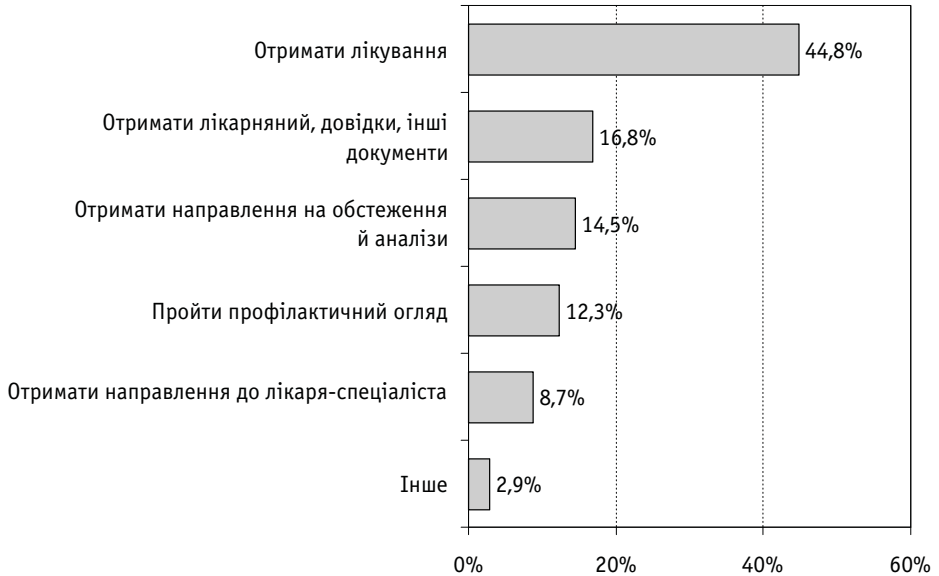


Рис. 3. Основні причини звернень пацієнтів до сімейного лікаря

Щодо тривалості обслуговування у сімейного лікаря відповіді опитуваних розподілені майже рівномірно: третина респондентів (30,3%) обслуговуються 2–3 роки, до одного року сімейним лікарем обслуговуються 26,1% респондентів, 3–5 років – 21,3%, більш як п'ять років – 22,3%, що свідчить про поступовий перехід на цю форму обслуговування з 2000 р.

Отже, загальнонаціональне опитування показало, що загалом, на рівні всієї держави, легітимація інституту сімейної медицини в Україні досі не відбулася.

Структурні чинники дієвості сімейної медицини: пілотний проект у м. Комсомольську Полтавської області

Проте в Україні наявні також вдалі приклади запровадження сімейної медицини. Так, на підставі проведеного автором кейс-стаді¹, можна зробити

¹ Дослідження кейс-стаді: аналіз документів (офіційних та неофіційних), глибинне інтерв'ю з експертом — одним із перших приватних сімейних лікарів України (25 липня 2009 року), спостереження за функціонуванням амбулаторії сімейних лікарів упродовж одного робочого дня (м. Комсомольськ, Полтавська область).

висновок, що сімейна медицина у м. Комсомольську Полтавської області відбулася, що підтверджено позитивними результатами роботи приватних сімейних лікарів: зниження на закріплених дільницях загального показника смертності, первинної інвалідизації у працездатному віці, підвищення індексу здоров'я у дітей віком до одного року, зменшення рівня госпіталізації у стаціонар на 20%, кількості викликів швидкої медичної допомоги на 30% та відвідання вузьких спеціалістів на 25% [Семейная медицина, 2000]. Це далося взнаки у значній економії коштів, що їх виділяють на охорону здоров'я мешканців міста. *“Ну не ми ж відкриваємо сімейну медицину. Вона ж вже відкрита. Воно ж економічно обосновано. Мені приємно, що я можу надати отакий об'єм допомоги медичної. Ну і пацієнти... пацієнти чують відношення і так далі. Я щитаю, що за сімейною медициною, як в багатьох странах світу, так само і в нас в Україні, думаю, що вона буде повнокровна і всесильна, якщо дадуть гроші”* (експерт).

Успішність становлення сімейної медицини у м. Комсомольську Полтавської області, згідно з концепцією інституціоналізації, полягає в тому, що від самого початку було чітко сформульовано мету та обсяг функцій цього інституту, а також визначено його взаємовідносини з іншими медичними структурами. Тому й відбулися раціональний поділ праці на рівні надання первинної медико-санітарної допомоги й загалом раціональна організація праці завдяки головно запровадженню статусу приватного підприємця для сімейного лікаря й, відповідно, узалежнення його доходів від ефективності праці; і врешті-решт, відбулося визнання й підвищення престижу інституту сімейної медицини серед пацієнтів та громади.

Цей досвід дав змогу виявити певні структурні чинники дієвості інституту сімейної медицини, які можна використати для вдосконалення та розвитку сімейної медицини на рівні держави. Це, зокрема, такі чинники: 1) економічні: надання сімейним лікарям статусу приватних підприємців для можливості самостійно заробляти гроші; фінансування через виділення певної суми коштів на кожного мешканця дільниці, котрий обслуговується лікарем; запровадження так званого часткового фондотримання — взаєморозрахунків за консультації вузьких спеціалістів, а також лікування у стаціонарі; платність не передбачених договором послуг, а також платне консультування пацієнтів з-поза дільниці; безоплатна медична допомога для мешканців дільниці (*“Крім подушового фінансування ми надаємо платні послуги пацієнтам, які не ввійшли у кількість людей по договору”* — експерт); 2) мотиваційні: постійне підвищення кваліфікації сімейного лікаря, щоб надавати пацієнтам якомога більший обсяг медичної допомоги самостійно, адже те, що залишається після всіх витрат, становить його прибуток; зацікавленість у здоров'ї мешканців дільниці та проведенні профілактики, запобігання хворобам — тоді більше грошей залишається як прибуток; постійне підвищення якості наданих медичних послуг для підвищення престижу амбулаторії та збільшення кількості потенційних пацієнтів; безпосередня залежність прибутку від обсягу та якості наданих послуг, показників здоров'я жителів дільниці та раціонального використання матеріально-технічних ресурсів (*“... нашим пацієнтам не треба ходити ні до терапевта, ні до*

окулістів, ні до лорів, невропатологів, ні до гінекологів, тому що у нас тут єсть все. Та наші пацієнти, по великому рахунку, уже й скору не визивають. ми вирішуємо питання, зараз — 80% від усіх потреб ... отут в своїй амбулаторії. Людина за 10 минут вона пішла з моєї амбулаторії, отримала лікування професійне” — експерт); 3) організаційні: сімейний лікар самостійно формує штатний розклад амбулаторії, сам набирає медпрацівників, визначає з ними умови договору; сімейний лікар самостійно формує свій робочий графік; сімейний лікар живе на дільниці — це зручно пацієнтам, які мають можливість звертатися по допомогу цілодобово; малий радіус обслуговування також є надзвичайно вигідним для сімейного лікаря, який має можливість не витратити зайвий час на “дорогу” до пацієнта; участь громадськості у процесі оцінювання доступності та якості надання первинної медичної допомоги (*“Працюємо, по великому рахунку, по приписному принципі ... у нас радіус — триста метрів і ми тут і проживаємо”* — експерт).

Близькою до наведеної є думка фахівців, які вважають, що для успішного розвитку приватної сімейної медицини в Україні потрібно розв’язати такі проблеми: 1) матеріально-технічне забезпечення, фінансування закладів сімейної медицини та матеріальна мотивація сімейних лікарів; 2) перегляд старих розрахункових норм обслуговування для лікарів сімейної медицини — п’ять відвідувань на одну годину прийому в поліклініці з навантаженням у 1400–1500 осіб на одного лікаря; 3) неналежне кадрове забезпечення лікувальних закладів середнім та молодшим медичним персоналом у зв’язку з відсутністю матеріальної мотивації; 4) проблеми нормативно-правового характеру, які стримують подальше реформування: відсутність механізму визначення гарантованого обсягу медичних послуг, які забезпечуються місцевим бюджетом у межах виділених на охорону здоров’я асигнувань; відсутність у суб’єктів надання медичних послуг за приватної форми власності права видачі листків непрацездатності та довідок про непрацездатність, виписування рецептів суворої звітності, використання та зберігання наркотичних, психотропних медикаментів та прекурсорів; відсутність нормативно-правового забезпечення використання строкових трудових договорів при наймі працівників у галузі охорони здоров’я; відсутність взаєморозрахунків між медичними закладами, зокрема з фінансованими з бюджетів різних рівнів; складність, тривалість і витратність процедури отримання ліцензії на приватну медичну практику, зокрема на послуги первинної медичної допомоги [Попов, 2004]; 5) проблеми, що стосуються конкретного приватного сімейного лікаря: не кожен лікар здатен витримати фізичне та моральне навантаження, працюючи за нових умов; до узвичаєної звітності додається звітність перед органом управління охорони здоров’я щодо виконання умов договору, звітність приватного підприємця перед податковою службою та чотирма фондами; в разі неефективної праці у царині взаєморозрахунків із закладами охорони здоров’я лікар може залишитись із низьким прибутком; за ефективної праці існує загроза соціального напруження серед колективу медпрацівників; частина вузьких спеціалістів може стати “зайвою ланкою”; є ризик отримати мінімальну пенсію за віком [Файда, 2004].

Відмінне і спільне в інститутах сімейної медицини в Україні та Польщі

Для дослідження інституціоналізації сімейної медицини важливим є вивчення індивідуального досвіду самих сімейних лікарів для визначення умов та чинників становлення цього соціального інституту та його дієвості. Глибинні інтерв'ю, проведені з сімейними лікарями України і Польщі¹, показали, що певні аспекти процесу інституціоналізації сімейної медицини є подібними в обох країнах, а деякі — відмінними. Дослідження свідчать, що в Польщі інститут сімейної медицини вже сформований і функціонує, натомість в Україні — має формальний характер. *“...У нас у країні відбулися організаційні зміни. Це було в 1998–1999 роках. Була така можливість, що змінювалась власне поліклініка... бо це була одна дуже велика поліклініка. А на цей момент ми перебуваємо у тому самому приміщенні, але поділені на дві поліклініки сімейного лікаря. І зараз є кращий догляд, ніж тоді, коли було зверху подано. ... маємо свободу, бо можемо самі собі запланувати і лікування, і профілактику... Дуже добре у нас, в Польщі, розвивається сімейна медицина”* (Польща, жін., 47 р.).

Зокрема, заклади сімейної медицини в Польщі зорганізовувалися різними способами: недержавні спілки, відкриті спілки тощо, а також у вигляді приватної діяльності одного лікаря як фізичної особи чи групи сімейних лікарів. В Україні загалом відбулися лише формальні заміни вивісок на амбулаторіях та поліклініках. *“Так, як ми були дільничними лікарями, так ми зараз... помінялась наклейка на дверях і всьо... нічого не помінялось. Я вважаю, що... нічого воно не дає ця сімейна медицина, це той самий терапевт, тільки під другим названієм”* (Україна, чол., 54 р.). Причини приходу в сімейну медицину лікарів Польщі різні, проте більшість зазначає, що сімейна медицина дає самостійність, незалежність у роботі лікаря. *“Я є незалежною людиною, тому я хотіла мати своїх пацієнтів, своїх дітей, і я вважала, що мушу працювати “на своє прізвище”...”* (Польща, жін., 63 р.). Українські лікарі ніби стали сімейними лікарями, оскільки на засади сімейної медицини переводили цілі поліклініки в обов'язковому порядку, але, на жаль, в Україні не відбулося головного, що передбачає сімейна медицина — зміни підходу до пацієнта. *“То такий був наказ. І так згідно цього наказу ми і стали сімейними. Ну, в принципі, ми вважаємося сімейними лікарями. Ну, сказати, що ми сімейні лікарі? Мені кажеється, що ми дуже далекі від цього”* (Україна, жін., 54 р.).

Проте, на думку українських респондентів, сімейна медицина в сільській місцевості була завжди, оскільки лікар там живе і працює, знає всіх своїх односельчан і вимушений надавати ту медичну допомогу, яка потрібна пацієнтам. *“У нас завжди була сімейна медицина, скажіть, на селі*

¹ В експертному опитуванні взяли участь 43 респонденти (14 польських: 4 чоловіки і 10 жінок; 29 українських: 8 чоловіків і 21 жінка). Українські інтерв'ю були проведені з 22 травня до 3 грудня 2009 року. Польські інтерв'ю — з 22 травня до 1 червня 2007 року. Серед респондентів 10% — особи до 30 років, 23% — від 31 до 40 років, 49% — від 41 до 55 років та 18% — понад 56 років.

ми — один лікар, і педіатр, і терапевт, і окуліст, і вузький спеціаліст...” (Україна, жін., 58 р.).

В обох країнах у сімейну медицину після перекваліфікації переважно прийшли терапевти та педіатри. В Україні, на відміну від Польщі, офіційною є спеціалізація “сімейний лікар з обслуговування дитячого населення”, тобто той самий педіатр, і “сімейний лікар з обслуговування дорослого населення”, тобто той самий дільничний терапевт, що, власне, заперечує саму суть сімейної медицини. Також панує думка, що дітей повинен обслуговувати педіатр і на нинішньому етапі не можна руйнувати педіатричну службу. *“З народження — однозначно — ні; до року — однозначно — ні; ну так більш-менш, знаєте, період — з семи років. Тут уже можливо, і то... Ну я вважаю, що для дітей до року — однозначно має бути інший спеціаліст. Однозначно”* (Україна, жін., 28 р.). Сімейні лікарі обох країн звертають увагу на проблему з тим, що членів однієї сім’ї можуть обслуговувати різні лікарі, що заперечує принцип **сімейної** медицини. *“То про якого сімейного лікаря говорити? Жінка йде до одного лікаря, чоловік — до другого, діти до педіатра, знаходяться третього, четвертого”* (Україна, чол., 49 р.). *“...Сім’я може бути поділена між кількома лікарями. Бо немає такого обов’язку, щоб уся сім’я була записана до одного лікаря. ... Може бути так, що в чотирьохособовій сім’ї кожна особа може мати свого сімейного лікаря. Існують тоді певні труднощі в роботі лікаря”* (Польща, чол., 42 р.).

Сімейні лікарі України та Польщі порівнюють фінансування і заробітні плати із зарплатами лікарів лікарень, інших галузей народного господарства своєї держави та з іншими країнами світу і вважають їх недостатніми. *“...Лікар не може сказати, що він задоволений своєю роботою, тому що заробляє мало грошей, порівняно із закордоном можемо сказати, що комфорту немає”* (Польща, жін., 63 р.). *“...Ми ж не Європа, хоть мы и называемся европейская страна, но я ж не получаю 1000 евро в месяц. Моя зарплата где-то приблизительно полторы тысячи гривен, на полторы ставки — под две тысячи гривен. Вот это мой заработок, что я могу... только мечтать”* (Україна, чол., 52 р.). Великою перепорою в діяльності сімейного лікаря респонденти вважають бюрократію, яка зростає рік у рік. *“Я вважаю, що дуже багато лишніх цих бумаг. Нема коли вже займатися цими хворими. Якщо ти не оформив бумажку, вважається, що ти нічого не робиш”* (Україна, жін., 54 р.). *“Я в кабінеті на огляд дитини можу витратити кілька хвилин при моєму досвіді. Але стільки, скільки вони висиділи через документацію... Я вважаю, що шкода моїх знань на такого типу діяльність. А це поширюється..”* (Польща, жін., 59 р.).

Звертають увагу респонденти і на необхідність знань із психології та соціології у праці сімейного лікаря. *“Пацієнт ще на порозі, а ти вже знаєш, як ти будеш говорити, в якому плані ти повернеш цю розмову, куди ти повернеш цього хворого. Друга спеціальність — це психолог”* (Україна, жін., 57 р.).

Очевидно, що головною причиною еміграції польських (як і українських) сімейних лікарів є матеріальна. Польські респонденти також звертають увагу і на відсутність відповідної політики, вищій престиж професії лікаря за кордоном і на створення негативного образу лікаря з боку ЗМІ у Польщі. *“Бо тут, у цій країні, просто немає відповідної політики наших*

політиків... Але це є просто так званий пережиток комунізму. Політики вважають, що лікар і так собі дасть раду, і тому він не повинен відразу вимагати грошей. Бо лікар і так буде собі додатково заробляти десь у приватному кабінеті, на чергуваннях, чи буде працювати по 24 години на добу” (Польща, жін., 43 р.).

Проблемою взаємовідносин між сімейним лікарем і лікарем-спеціалістом у Польщі є відсутність зворотної інформації й довгі черги до спеціалістів. “...Немає ніякої зворотної інформації. Просто повне ігнорування з боку спеціалістів” (Польща, жін., 43 р.). “З лікарнею немає проблем. Пацієнт отримує інформаційну картку. Я цю картку або копіюю собі, або записую десь. Натомість, якщо пацієнт йде до спеціаліста, то тут виникає проблема. Спеціаліст повинен нам відписати про результати обстеження. Частина відписує, але більшість, на жаль, ні. Трохи легковажно до нас ставляться” (Польща, жін., 47 р.). В Україні пацієнти, особливо в містах, самостійно зі своєю амбулаторною карткою звертаються до будь-якого спеціаліста. У сільській місцевості України є проблеми з консультаціями спеціалістів, оскільки не всі пацієнти мають фінансові можливості їздити до спеціалістів за кілька десятків кілометрів; існують проблеми із викликом спеціалістів до хворих у село у зв'язку з відсутністю транспорту. “З лікарями-спеціалістами [відносини] будуються не дуже. Ну, скажімо, я б хотіла, щоб це було краще, ...тому що до кожного лікаря-спеціаліста, щоб вони подивилися мого хворого, приїхали до нього додому, треба йти, прямо падати йому на коліна, просити. Це неприємно, звісно, тому що... що ставлення до нас... іде до нас зверхне...” (Україна, жін., 35 р.).

Причин конфліктів між лікарем і пацієнтом є безліч, і доволі суттєвими є фінансові: в Польщі йдеться про послуги, не оплачувані Фондом, але рекомендовані, в Україні це невиконання державою задекларованої безоплатної медичної допомоги й ціни на лікарські засоби.

Усі сімейні лікарі акцентують увагу на важливості роботи із сім'єю як осередком здоров'я і хвороб пацієнта. “Як уже відомо, сімейна медицина займається сім'єю, здоров'ям цілої сім'ї, ми мусимо знати середовище, дуже докладно, і такою основою сімейної медицини то є лікування всієї сім'ї — від новонародженого до пізнього віку, старечого — це є найважливішим, і у зв'язку з цим ми мусимо охопити всі вікові групи, так ніби це вже межує з **соціологією, психологією**, бо це не лише лікування, бо в багатьох випадках можна запобігти чи також (...) просто швидше вилікувати, краще допомогти пацієнту, якщо відомо щось більше там у тих сімейних контактах, тобто то є перша засада — то охопити цілу сім'ю, однаково як профілактикою, так і лікуванням” (Польща, жін., 45 р.). Проте українські лікарі вважають, що працюють як лікарі загальної практики, оскільки сім'ї до них не прикріплені на відміну від ситуації у Польщі, де пацієнти самі обирають сімейного лікаря, записуються до нього у список і тим самим беруть на себе частину відповідальності щодо збереження свого здоров'я та виконання рекомендацій свого лікаря. “...Вони [пацієнти] за мною не закріплені. ...Мені така трактовка “сімейна медицина” не подобається. Я рахую, що я лікар загальної практики... ...то має бути заключений договір, що вони зобов'язуються робити то-то й то-то, а я зобов'язаний зробити то-то й то-то” (Україна, чол.,

49 р.). Найважливішою, на думку всіх лікарів, для взаємовідносин між лікарем і пацієнтом є довіра. *“По-перше, довіра пацієнта до лікаря, а по-друге, — довіра лікаря до пацієнта...”* (Польща, чол., 40 р.). *“Якщо хворий довіряє лікареві, от, то це є половина успіху у лікуванні...”* (Україна, жін., 63 р.).

Для підвищення престижу сімейної медицини у суспільстві та перспектив розвитку цієї спеціальності потрібна відповідна політика влади й належна кампанія у ЗМІ. *“...Це повинно... все залежати від правительства нашого, щоб трошки медицину ставили... не так уніжали...”* (Україна, чол., 54 р.). *“...О каком престиже может идти речь, если доктор получает ниже работника на фабрике... но доктор, он учился 6 лет, он постоянно должен повышать свой уровень, у него идет ответственность, и он получает ниже зарплату. О каком престиже может идти речь?...”* (Україна, жін., 52 р.). *“...Мені здається, що тоді, коли все починалось і була ця увага влади зосереджена на сімейному лікареві, коли було це “зелене світло”, то тоді було краще, існувала якась довіра. А на даний момент медіа зробили своє: трохи цей престиж впау у зв'язку з не надто корисною політикою медіа”* (Польща, жін., 43 р.).

Українські лікарі песимістично оцінюють перспективи сімейної медицини, акцентуючи увагу на відсутності матеріальної мотивації та формальному підході до цієї реформи. *“Перспективи... я вважаю, що сімейна медицина буде розвиватися, гарні перспективи... тільки треба, щоб більше її фінансували, щоб сімейним лікарям достатньо платили грошей, щоб вони більше працювали з хворим, щоб не треба було тих городів порати, корову тримати в селі...”* (Україна, жін., 58 р.). *“Якщо буде вищий рівень оплати сімейного лікаря, то буде перспектива, а якщо лишиться на цьому рівні, то перспектива не дуже висока”* (Україна, жін., 34 р.). *“... Я рахую, що перспективи малі, тому що фінансування... саме треба, щоб фінансування було більше. А як у нас нема фінансування, то які можуть бути перспективи, правда ж? А як у тебе нічого нема, то як тоді ж можна з нічого щось робить, то я не знаю”* (Україна, жін., 55 р.).

Без огляду на джерело фінансування сімейної медицини (державний чи місцевий бюджет, страхові фонди тощо) в ринковій економіці є залежність прибутку сімейного лікаря (амбулаторії сімейних лікарів) від показників ефективності роботи. Тобто чим менше пацієнти сімейного лікаря хворіють, тим менше коштів на них витрачає сам лікар і тим більше залишає як прибуток лікаря та на розвиток амбулаторії. Найефективнішим для функціонування сімейної медицини є фінансування через капітаційну ставку (на одного пацієнта), додаткова оплата за виконання певної спеціалізованої допомоги, а також фондоотримання, коли сімейний лікар оплачує необхідні спеціальні послуги для своїх пацієнтів на вторинному та третинному рівнях медичної допомоги. Таке фондоотримання мотивує сімейного лікаря до максимального задоволення потреб своїх підопічних і проведення профілактики для запобігання хворобам. Проте таке фінансування сімейної медицини передбачає приватну практику сімейних лікарів, а в Україні 90% послуг ПМСД надає поліклінічна мережа, де ставка лікаря не залежить ні від кількості, ні від якості наданих медичних послуг, що ніяк не стимулює лікарів до запобігання хворобам та зміцнення здоров'я своїх пацієнтів.

За результатами глибоких експертних інтерв'ю із сімейними лікарями України та Польщі (де запровадження сімейної медицини є однією з найвдаліших реформ у галузі охорони здоров'я), а також за даними опитування можна виокремити низку структурних чинників дієвості сімейної медицини: 1) *організаційні*: доцільність приватної сімейної медичної практики; розуміння та дотримання суті, мети, принципів організації сімейної медицини усіма учасниками інституту сімейної медицини; зміна підходу до пацієнта; незалежність сімейного лікаря; побудова соціального професійного середовища сімейних лікарів; підвищення соціального статусу сімейного лікаря; 2) *нормативно-правові*: чітке визначення обсягу компетенції та відповідальності сімейного лікаря; затверджений перелік платних медичних послуг, які має право надавати сімейний лікар; зняття законодавчих обмежень для приватних сімейних лікарів щодо видачі ними листків непрацездатності та використання деяких лікарських засобів, що належать до наркотичних та прекурсорів; 3) *фінансово-економічні*: залежність прибутку сімейного лікаря від обсягу його роботи та показників ефективності; необхідний рівень матеріального забезпечення амбулаторії сімейної медицини; оплата праці сімейним лікарям на рівні із зарплатою працівників інших галузей народного господарства; створення середовища для конкуренції між сімейними лікарями за пацієнтів на підставі оплати праці за кожного пацієнта, що добровільно обрав свого сімейного лікаря; комбінована оплата праці сімейного лікаря — поєднання оплати за кожного прикріпленого пацієнта з додатковою оплатою за надання певних спеціальних вузькомедичних послуг; часткове фондотримання, коли сімейний лікар самостійно укладає угоди зі спеціалістами на обслуговування своїх пацієнтів та оплачує ці послуги; 4) *морально-етичні*: дотримання медичної етики та деонтології у відносинах лікаря з пацієнтом.

Можна дійти висновку, що процес становлення інституту сімейної медицини ще не пройшов всі належні етапи. Потреба в сімейній медицині на рівні держави є суто декларативною (директивне реформування без застосування економічних методів); не відбулося легітимації інституту сімейної медицини; не змінилися якість діяльності сімейного лікаря та підхід до пацієнта; не встановлено системи санкцій для підтримки норм і правил через економічне стимулювання сімейного лікаря; не сформувалася професійна соціальна група сімейних лікарів; не створено системи соціальних статусів і ролей, які охоплювали всіх без винятку членів інституту сімейної медицини і дістали схвалення більшості учасників цього соціального процесу. Крім того, сімейній медицині як соціальному інституту в Україні (за окремими винятками) не притаманний повний набір структурних чинників дієвості, а отже, цей інститут ще не набув належної якості й повністю не розвинувся.

Джерела

Основні показники розвитку сімейної медицини в Україні. 2008 рік / МОЗ України; Укр. ін-т стратегічних досліджень. — К., 2009. — 25 с.

Попов О.П. Досвід реформування первинної медико-санітарної допомоги на муніципальному рівні / О.П. Попов // Главврач. — 2004. — № 6 (38). — С. 44–47.

Семейная медицина в отдельно взятом регионе [Электронный ресурс] // Аптека. — 2000. — № 252 (31). — Режим доступа : <http://www.apteka.ua/>.

Ситуаційний аналіз розвитку сімейної медицини в Україні. 2010 рік / МОЗ України ; Укр. ін-т стратегічних досліджень. — К., 2011. — 27 с.

Скотт Р.В. Конкурирующие логики в здравоохранении: профессиональная, государственная и менеджериальная / Р.В. Скотт // Анализ рынков в современной экономической социологии ; под ред. В.В. Радаева. — М. : ГУВШЭ, 2008. — 423 с.

Слабкий Г.О. Розвиток первинної медико-санітарної допомоги в Україні / Г.О. Слабкий // Управління закладом охорони здоров'я. — 2008. — № 9. — С. 57–69.

Файда М.М. Досвід роботи сімейного лікаря м. Комсомольськ Полтавської області / М.М. Файда // Главврач. — 2004. — № 6 (38). — С. 51–53.

Юрченко І.В. Інституціоналізація волонтерського руху в Україні : дис. ... канд. соціол. наук / Юрченко І.В. — К., 2009. — 20 с.

Saultz W.J. Textbook of Family Medicine / Saultz W.J. — Toronto : Companion handbook, 2001. — 498 p.

Szczepański J. Elementarne pojęcia sociologii / Szczepański J. — Warszawa : Państwowe wydawnictwo naukowe, 1970. — 532 s.