

Институт семейной медицины в Украине: эмпирическое исследование структурных факторов действенности

Аннотация

Проанализированы составляющие функциональности института семейной медицины. По результатам опроса населения было выяснено, что легитимации института семейной медицины не произошло; на основе кейс-стади определены структурные факторы действенности семейной медицины в г. Комсомольске, где оказалась успешной институционализация частной семейной медицины; по результатам экспертных интервью с семейными врачами выявлены отличия и общие черты в институтах семейной медицины в Украине и Польше, очерчены основные проблемы институционализации семейной медицины в Украине, а также структурные факторы эффективности этого института, среди которых выделены: организационные, нормативно-правовые, финансово-экономические, морально-этические. Автором использованы официальные статистические материалы.

Ключевые слова: *социальный институт, институционализация, организационное поле, институт семейной медицины, семейный врач, семейная медицина*

Семейная медицина ориентирована на целостный подход к человеку и его здоровью — подход, который почти исчез с развитием многочисленных специальностей в современной медицине. В независимой Украине продвижение в сторону внедрения семейной медицины на первичный уровень системы здравоохранения как оптимальной формы оказания медпомощи началось в 1990-х годах. С появлением семейной медицины в качестве нового социального института система здравоохранения Украины должна была претерпеть определенную трансформацию, прежде всего перераспределение финансовых, материальных и человеческих ресурсов.

Предполагалось, что в результате таких институциональных изменений первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) станет более качественной и экономически оправданной. Целью внедрения семейной медицины было сокращение затратного уровня госпитализации, снижение частоты посещаемости врачей-специалистов, уменьшение вызовов скорой медпомощи; снижение уровня преждевременной смертности и инвалидности; усиление профилактической направленности здравоохранения; повышение качества, доступности медико-санитарной помощи населению; изменение установок и повышение ответственности за здоровье каждого гражданина со стороны властей, врачей и самих граждан, а также экономия средств, выделяемых на охрану здоровья. Однако, к сожалению, всего этого не произошло, поскольку в Украине данное реформирование осуществлено сугубо “формально”, за исключением отдельных, практически единичных центров семейной медицины, преимущественно частных семейных врачей-практиков. Такие негативные результаты оказались следствием целого ряда причин политического, экономического, правового, финансового, организационного, социального и психологического характера. Выявлению этих факторов посвящено предлагаемое исследование.

Институциональный и организационный подходы к исследованию становления семейной медицины

Семейная медицина как социальный институт, в терминах Щепаньского [Szczepański, 1970], является комплексом медицинских учреждений, в которых семейные врачи и средний медперсонал осуществляют свою профессиональную деятельность, направленную на удовлетворение индивидуальных и семейных потребностей в первичной медико-санитарной помощи, а также, что не менее важно, регулируют поведение членов местной общины (семейно-территориального участка) в плане здорового образа жизни. Семейный врач осуществляет свою деятельность не произвольно, а в соответствии с утвержденным объемом квалификации и действующим этическим кодексом врача.

В соответствии с обобщенной схемой институционализации (см.: [Юрченко, 2009]), процесс становления социального института семейной медицины предполагает: 1) возникновение потребности в социально ориентированном и экономически эффективном удовлетворении потребности населения в первичной медико-санитарной помощи; возникновение потребности индивида, семьи, общины в получении территориально доступной, многопрофильной и качественной охране здоровья со стороны врача, являющегося доверенным лицом; 2) формирование основоположных установок семейной медицины — оказание доступной, качественной, бесплатной для населения медпомощи; 3) создание организационных структур в виде амбулаторий (поликлиник) семейной медицины как инфраструктуры институционализированного поведения; 4) становление новых социальных правил и процедур социального взаимодействия между семейным врачом и пациентом, семьей пациента, узкими специалистами и другими участниками этого социального института в соответствии с нормативно-правовой базой семейной медицины, принимаемой с определением объема компетенции, а также формирование или возобновление некоторых традиций прежней

“земской” медицины и нынешней сельской медицины; 5) выделение в регуляторных нормах семейной медицины морально-этических и нормативно-правовых; 6) легитимация социального института семейной медицины, формирование соответствующего отношения населения к социальным правилам и организационным структурам семейной медицины; 7) формирование социальной группы семейных врачей, для которых эта деятельность становится профессиональной; 8) изменение качества самой деятельности семейного врача как врача первичного здравоохранения, а именно подход к пациенту как к активному и ответственному партнеру в предупреждении и борьбе с болезнями; 9) формирование факторов для поддержания соответствующих норм и правил (в частности, финансовая мотивация, доверительные взаимоотношения между семейным врачом и пациентом, постоянная работа врача над повышением своего имиджа и престижа профессии); 10) формирование системы социальных статусов и ролей, охватывающих всех без исключения членов института семейной медицины (семейный врач, средний медперсонал семейной медицины, пациент, его семья).

В контексте внедрения и организации функционирования семейной медицины в “организационном поле” (согласно Р.Скотту) [Скотт, 2008], необходимо определить совокупность организаций, которые формируют область ее институционализованного функционирования: лица, оказывающие медицинскую помощь (семейные врачи и средний медперсонал), и те, кто ее получает, потребители (пациенты и их семьи), ресурсы (финансовые, материальные и человеческие), органы регулирования (органы местного самоуправления, региональные управления здравоохранения, Минздрав Украины) и другие учреждения первичной медико-санитарной помощи по оказанию аналогичных услуг (поликлиники, городские и районные больницы). Поскольку ни одно “организационное поле” не является изолированным и всегда подвержено определенному внешнему влиянию, необходимо отметить, что выведение семейной медицины на уровень ПМСП является трансформацией, обусловленной внешними факторами посредством проведения реформы системы здравоохранения с целью *удешевления медицинской помощи и повышения качества и доступности ее для населения.*

К ресурсам и составляющим “организационного поля” семейной медицины следует отнести численность семейных врачей, семейных медсестер, а также сводные демографические характеристики населения семейно-территориальных участков, финансовые возможности обеспечения определенного уровня оплаты труда из различных источников финансирования и, наконец, медицинское оборудование, методики и технологии диагностики и лечения. Очевидно, что наличие материальных ресурсов, их доступность и распределение непосредственно влияют на “организационное поле” семейной медицины, однако нужно принимать во внимание пролонгированное воздействие институциональных факторов, учитывая определенную направленность пациентов, предпочитающих обычную поликлиническую форму оказания ПМСП.

“Институциональные логики” (согласно Р.Скотту) [Скотт, 2008] в семейной медицине формируются принципами ее организации. Прежде всего, свободный выбор врача для пациента, доступность, непрерывность, многопрофильность, бесплатность профилактики и лечения, ориентация на семью и общину, а также особый подход к пациенту как к социальному су-

ществу, чья жизнедеятельность протекает под влиянием разных социальных групп. Носителями “институциональных логик” являются сами семейные врачи, другие работники амбулаторий семейной медицины, которые воплощают эти практики оказания медпомощи в жизнь. Однако нужно подчеркнуть, что на уровне ПМСП продолжают действовать и другие “логики” и акторы, в частности врачи поликлиник (терапевты, педиатры, врачи общей практики и узкие специалисты). Поэтому существует мнение, согласно которому только в случае увеличения количества семейных врачей как проводников принципов семейной медицины ее “институциональная логика” может стать доминирующей на уровне первичной медпомощи.

Важно указать, что в плане эффективности “поле” семейной медицины требует высокой степени централизации финансирования, ведь именно здесь, согласно программе семейной медицины, должны удовлетворяться до 90% потребностей населения в медпомощи, а уровень концентрации финансовых ресурсов, находящихся в распоряжении акторов этого “поля”, должен составлять около 20% от всех затрат на охрану здоровья. Мера согласованности взаимодействия структур управления в соответствии со своими полномочиями и соблюдения определенных правил семейной медицины должна быть очень высокой; только при этом условии внедрение семейной медицины может достичь своей организационной цели — оптимизации надлежащего и доступного медицинского обслуживания населения. Высокой должна быть и степень подчинения акторов “организационного поля” семейной медицины моделям и организационным принципам семейной медицины. Институт семейной медицины требует также согласованности ролевых границ и однозначного понимания организационных форм всеми участниками-субъектами поля (врачи, амбулатории, поликлиники и другие организации, предоставляющие ПМСП) наряду с общим требованием высокого уровня согласованности институциональных логик семейной медицины. Однако степень организационного единства — количество формальных связей между акторами — может быть низкой. Чрезвычайно важным параметром является также четкость границ поля — то есть степень защищенности акторов данного поля от вторжения внешних игроков и “логик”, что особенно важно при проведении частной практики семейными врачами, которая, как показывает опыт, наиболее эффективна.

Составляющие функциональности института семейной медицины

Отмечу, что в разных национальных системах здравоохранения многих государств функционируют различные организационные формы — модели семейной медицины: сольная, парная, групповая. Однако, несмотря на то, что организационные формы семейной медицины в мире разные — базовые принципы ее организации существенно не отличаются. Среди них обычно выделяют следующие: 1) доступность медпомощи для всех граждан; 2) непрерывный или постоянный характер медпомощи в течение жизни человека; 3) охват медпомощью всех людей независимо от пола, возраста, заболевания и т.п.; 4) координация медпомощи; 5) профилактика, или превентивность медпомощи; 6) опека в контексте семьи; 7) опека в контексте общины; 8) требование к специалисту по семейной медицине обладать знанием многих медицинских специальностей [Saultz, 2001].

Что касается моделей семейной медицины (СМ) в нашей стране, то Минздрав Украины выделяет, во-первых, СМ в *сельской местности*: сельские врачебные амбулатории с участками семейной медицины, сельские врачебные амбулатории с амбулаториями семейной медицины, участковые больницы с участками семейной медицины, участковые больницы с отделениями семейной медицины, амбулатории семейной медицины на базе участковых больниц, районные больницы с участками семейной медицины, районные больницы с отделениями семейной медицины, поликлиники центральных районных больниц с участками семейной медицины, центральные районные больницы с отделениями семейной медицины, центральные районные больницы с амбулаториями семейной медицины; во-вторых, СМ в *городах*: самостоятельные поликлиники с участками семейной медицины, самостоятельные поликлиники с отделениями семейной медицины, самостоятельные поликлиники с амбулаториями семейной медицины, самостоятельные поликлиники с отделенными амбулаториями семейной медицины, поликлиники с участками семейной медицины в составе больниц, поликлиники с отделениями семейной медицины в составе больниц, амбулатории семейной медицины на территории обслуживания поликлиник в составе больниц, больницы с отдельными амбулаториями семейной медицины, учреждения семейной медицины негосударственной формы собственности [Слабкий, 2008]. Это означает, что в настоящее время еще не проведена реорганизация учреждений первичного звена здравоохранения — просто к прежним названиям учреждений ПМСП добавили обозначение принадлежности к “семейной медицине”.

Среди организационных принципов семейной медицины самым важным является свободный выбор врача. В Украине свободный выбор врача был задекларирован в 1989 году приказом Минздрава СССР № 938, хотя до сих пор не создан механизм массового применения этого права пациента, поскольку по-прежнему сохраняется прикрепление пациентов к территориальному участку (по месту регистрации постоянного проживания). Для повышения качества предоставления услуг семейными врачами благодаря конкуренции между ними за пациентов и введению зависимости оплаты их труда от количества пациентов нужно обеспечить механизм свободного выбора конкретного семейного врача гражданами.

Обращаясь к рассмотрению нормативов СМ, следует отметить, что для внедрения и развития семейной медицины в Украине был принят ряд нормативно-правовых документов на уровне Верховной Рады, Кабинета Министров и Президента. Однако наличие нормативно-правовой базы, но без монетарной мотивации к работе является признаком сугубо формального отношения к семейной медицине. В частности, опыт Польши показывает, что успехи реформирования ПМСП и уровень развития семейной медицины зависят не столько от величины специально принятой для этого нормативно-правовой базы, сколько от финансового обеспечения и мотивации к работе основного субъекта первичного звена — семейного врача.

Семейные врачи ежедневно выполняют огромный объем работы и имеют множество обязанностей. Они проводят диагностику и лечение различных острых заболеваний, осуществляют длительное наблюдение и психологическую поддержку пациентов с разнообразными хроническими заболеваниями, консультируют по поводу разных психоэмоциональных проблем,

собирают как можно более полную информацию о разных факторах риска, проводят профилактические мероприятия по предупреждению развития заболеваний, осуществляют скрининговые программы. Семейный врач — это специалист, применяющий холистический подход к пациенту в биопсихологически-социологическом измерении, что означает диагностирование болезни в трех названных плоскостях.

Для эффективного функционирования института семейной медицины в Украине необходимо четкое нормативно-правовое разграничение объема компетенции и ответственности между семейными врачами и другими специалистами системы здравоохранения. Также следует отменить законодательные ограничения для частных семейных врачей в плане выдачи ими листков нетрудоспособности и использования некоторых врачебных средств, относящихся к наркотическим и прекурсорам.

В семейной медицине допустимы различные модели взаимоотношений пациента и врача, которые должны зависеть от пациента, его уровня медицинских знаний, личностных черт, ценностей, ожиданий, социального статуса и т.п. Это (по классификации М.Соколовской): “активный врач — пассивный пациент”, когда врач что-то делает для пациента, а тот просто это принимает; “руководящий врач — сотрудничающий пациент”, когда врач говорит пациенту, что следует делать, и тот послушно сотрудничает; “соучастие”, когда врач и пациент являются партнерами и врач помогает пациенту, чтобы тот помог себе сам. Исходя из модели взаимоотношений пациент — врач могут различаться и статусы сторон: семейный врач благодаря своему профессиональному престижу, ситуативной власти и ситуативной зависимости пациента может иметь преимущество, но эти статусы также могут быть равными, когда пациент является партнером, который сам выбирает путь решения своих медицинских проблем из того, что предлагает ему врач.

В семейной медицине происходит изменение подхода к пациенту, пациент превращается в партнера врача, принимает участие в процессе лечения, несет ответственность за результаты и состояние своего здоровья, имеет право выбора, то есть качественно меняются взаимоотношения между сторонами взаимодействия, изменяется способ достижения цели и функционирования самого социального института.

Легитимация института семейной медицины в Украине

Увеличение или уменьшение количества учреждений, воспроизводящих ту или ту организационную форму, служит одним из индикаторов изменений, происходящих в организационном поле. Доминирование любой организационной формы с большой вероятностью свидетельствует о ее культурно-когнитивной легитимности [Скотт, 2008: с. 134]. Согласно данным стандартизированного интервью¹, проведенного социологической группой “Рей-

¹ Общенациональный опрос населения. Объем выборочной совокупности — 2000 респондентов. Генеральная совокупность — граждане Украины в возрасте от 18 лет и старше. Тип выборки — многоступенчатая, стратифицированная с применением квотного отбора респондентов на последней ступени. Сроки проведения опроса — 2–15 августа 2009 года.

тинг”¹ по разработанному автором опроснику, оказалось, что в целом жители Украины не ощутили внедрения в стране семейной медицины, поскольку только каждый десятый респондент указал, что он или члены его семьи являются пациентами семейного врача или врача общей практики.

Однако по данным Украинского института стратегических исследований и Минздрава Украины уже по состоянию на 2008 год население, которому оказывается первичная медико-санитарная помощь на началах семейной медицины / общей практики, составляло 35,76% [Основні показники, 2009]. По состоянию на 2010 год 40,54% населения Украины было охвачено ПМСП на началах ОП/СМ [Ситуаційний аналіз, 2011].

Различия между данными общенационального социологического исследования и показателями официальной статистики можно объяснить тем, что на выполнение распоряжений Минздрава Украины по внедрению семейной медицины на местах ограничились примитивной формальной сменой вывесок на амбулаториях, и это по сути ничего не изменило ни для пациентов, ни для врачей первичного звена (что также было подтверждено экспертным опросом). Указанное различие служит определенным показателем эффективности внедрения и функционирования семейной медицины в реальной жизни украинцев, а не в статистических отчетах Минздрава Украины.

Что касается распределения пациентов семейного врача в городской и сельской местности, то, как видим, по данным опроса, чуть больше таковых среди городских жителей (10,7%) по сравнению с сельскими (9,7%). Однако, по данным Минздрава Украины по состоянию на 2008 год, ПМСП на началах семейной медицины / общей медицинской практики было охвачено 16,95% городского населения (от общего количества городского) и 76,41% сельского населения (от общего количества сельского) [Основні показники, 2009].

Одно из объяснений существенного различия между отчетами Минздрава о внедрении семейной медицины в сельской местности и количеством респондентов сельской местности, которые знают, что их врач стал семейным, состоит в том, что пациенты как обращались к одному врачу, так и обращаются, поскольку он у них один, а изменение названия специальности врача их не касается, поскольку для них ничего не изменилось (как и для самих сельских врачей, что подтверждают эксперты).

Среди тех, кто является пациентом семейного врача, 45,1% считают, что качество медицинского обслуживания скорее повысилось, и почти столько же — 40,3% — придерживаются противоположного мнения (см. рис. 1).

Оценивание пациентами профессионального уровня семейного врача показало, что 33,8% пациентов считают профессиональный уровень своих врачей высоким, а 20%, наоборот, — низким. Как известно, доверие между пациентом и врачом служит основой взаимоотношений и эффективности

¹ Социологическая группа “Рейтинг” специализируется на проведении всех видов социологических исследований с соблюдением международных стандартов, утвержденных кодексами ESOMAR и WAPOR. В частности, на постоянной основе проводятся общенациональные и региональные политические, тематические, маркетинговые и медиа-исследования. Сеть интервьюеров охватывает более 300 человек, которые работают по всей Украине.

лечения. Более половины (60,6%) пациентов доверяют своим семейным врачам, тогда как почти каждый пятый (23,2%) не доверяет врачу.

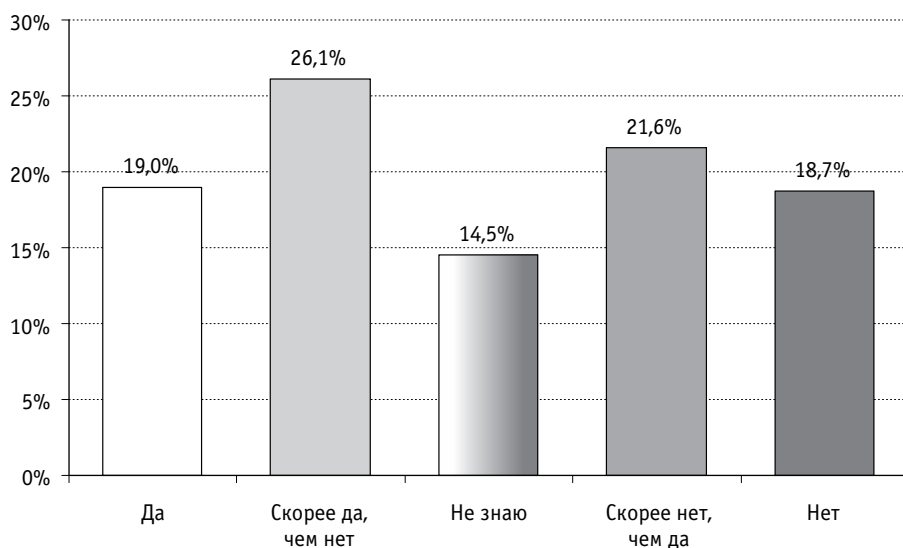


Рис. 1. Мнения респондентов о повышении качества медицинского обслуживания с внедрением семейной медицины

Как известно, профилактика и предупреждение болезней служат основой семейной медицины, ведь семейный врач должен быть заинтересован в здоровье своих пациентов. Чаще всего профилактическая работа семейного врача заключается в проведении вакцинации и пропаганде здорового образа жизни, поскольку половина респондентов отметили эту деятельность своего врача. Еще треть опрошенных указали, что их семейный врач занимается профилактикой и решением проблем наркомании, алкоголизма и курения, и почти каждый пятый респондент отметил такую деятельность, как профилактика и борьба с ожирением (рис. 2).

Из анализа основных причин обращения к семейному врачу видим, что чаще всего пациенты обращаются в связи с уже имеющимися проблемами со здоровьем, чтобы получить лечение (рис. 3).

Поскольку основной принцип семейной медицины предполагает заботу о всей семье, интересно было узнать, насколько это соответствует действительности. Итак, в действительности чуть больше половины пациентов обслуживаются у семейного врача всей семьей, почти треть указали, что их семейный врач занимается не всеми членами их семьи, пятая часть опрошенных говорят о том, что семейный врач не занимается другими членами их семьи.

Что касается длительности обслуживания у семейного врача, то ответы опрошенных распределены почти равномерно: треть респондентов (30,3%) обслуживаются 2–3 года, до одного года семейным врачом обслуживаются 26,1% респондентов, 3–5 лет — 21,3%, более пяти лет — 22,3%, что свидетельствует о постепенном переходе на эту форму обслуживания с 2000 года.

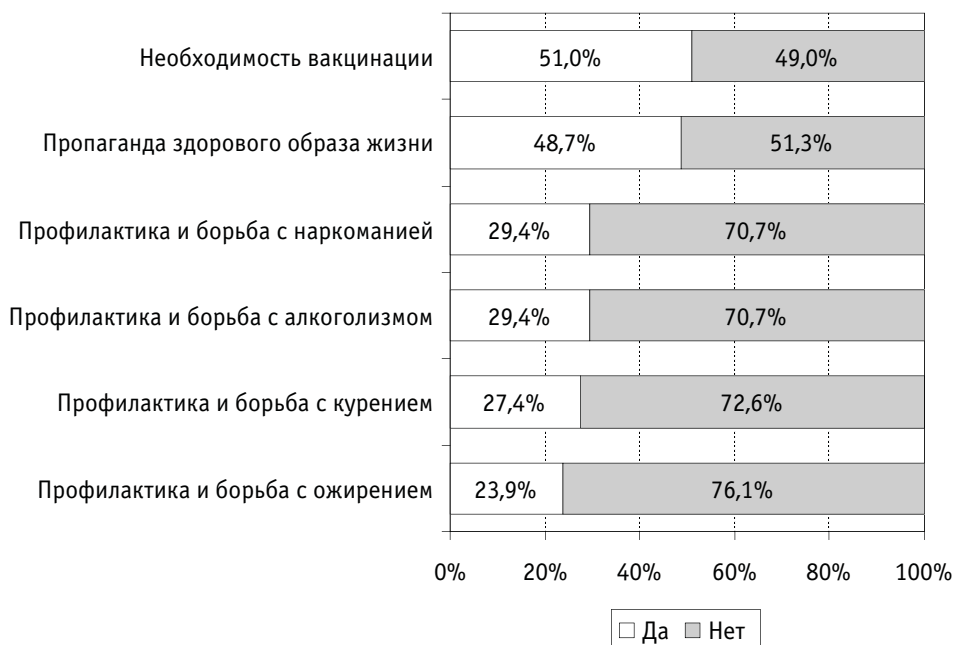


Рис. 2. Ответы респондентов о профилактической работе их семейных врачей

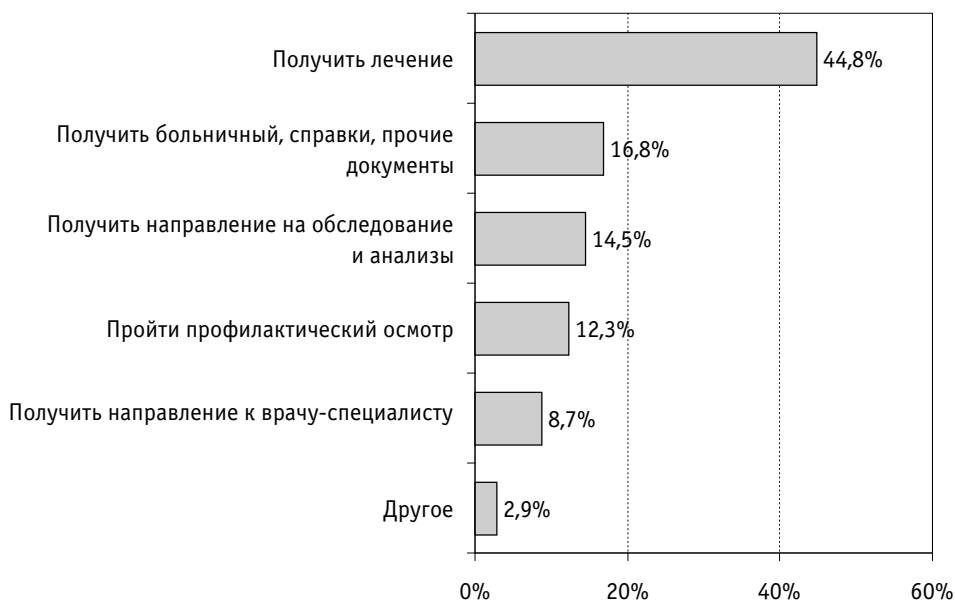


Рис. 3. Основные причины обращений пациентов к семейному врачу

Таким образом, общенациональный опрос показал, что в целом на уровне всего государства легитимации института семейной медицины в Украине пока не произошло.

Структурные факторы эффективности семейной медицины: пилотный проект в г. Комсомольске Полтавской области

В Украине есть и удачные примеры внедрения семейной медицины. Так, на основе проведенного автором кейс-стади¹ можно сделать вывод, что семейная медицина в г. Комсомольске Полтавской области внедрена, что подтверждено позитивными результатами работы частных семейных врачей: снижение на закрепленных участках общего показателя смертности, первичной инвалидизации в трудоспособном возрасте, повышение индекса здоровья у детей в возрасте до одного года, снижение уровня госпитализации в стационар на 20%, уменьшение количества вызовов скорой медпомощи на 30% и посещений узких специалистов на 25% [Семейная медицина, 2000]. Это отразилось в значительной экономии средств, выделяемых на охрану здоровья жителей города. *“Ну не мы же открываем семейную медицину. Она ведь уже открыта. Это экономически обосновано. Мне приятно, что я могу оказать подобный объем помощи медицинской. Ну и пациенты... пациенты чувствуют отношение и так далее. Я считаю, что за семейной медициной, как во многих странах мира, так же и у нас в Украине, думаю, что она будет полнокровная и всесильная, если дадут деньги”* (эксперт).

Успешность становления семейной медицины в г. Комсомольске Полтавской области, согласно концепции институционализации, заключается в том, что с самого начала была четко сформулирована цель и объем функций этого института, а также определены его взаимоотношения с другими медицинскими структурами. Поэтому имело место рациональное разделение труда на уровне оказания первичной медико-санитарной помощи и в целом рациональная организация труда благодаря, главным образом, введению статуса частного предпринимателя для семейного врача и, соответственно, установлению зависимости его доходов от эффективности работы; наконец, происходит признание и повышение престижа института семейной медицины среди пациентов и местного сообщества.

Этот опыт позволил выявить определенные структурные факторы эффективности института семейной медицины, которые можно использовать для совершенствования и развития семейной медицины на уровне государства. Это, в частности, следующие факторы: 1) экономические: предоставление семейным врачам статуса частных предпринимателей для возможности самостоятельно зарабатывать деньги; финансирование путем выделения определенной суммы средств на каждого жителя участка, который обслуживается врачом; внедрение так называемого частичного фондодержания — взаиморасчетов за консультации узких специалистов, а также лечение в стационаре; оплата не предусмотренных договором услуг, а также платное консультирование пациентов, не относящихся к данному участку; бесплатная медпомощь для жителей участка (*“Кроме этого, мы предоставляем платные услуги пациентам, которые не вошли в количество людей по договору”* — эксперт); 2) мотивационные: постоянное повышение квалифи-

¹ Исследование кейс-стади: анализ документов (официальных и неофициальных), глубинное интервью с экспертом — одним из первых частных семейных врачей Украины (25 июля 2009 года), наблюдение за функционированием амбулатории семейных врачей в течение одного рабочего дня (г. Комсомольск, Полтавская область).

кации семейного врача, чтобы оказывать пациентам как можно больший объем медпомощи самостоятельно, ведь то, что остается после всех затрат, составляет его доход; заинтересованность в здоровье жителей участка и проведении профилактики, предупреждение болезней — тогда больше денег остается в виде прибыли; постоянное повышение качества предоставляемых медицинских услуг престижа амбулатории и увеличения количества потенциальных пациентов; непосредственная зависимость прибыли от объема и качества предоставленных услуг, показателей здоровья жителей участка и рационального использования материально-технических ресурсов (“... нашим пациентам не нужно ходить ни к терапевту, ни к окулисту, ни к лорам, невропатологам, ни к гинекологам, потому что у нас здесь есть все. И наши пациенты, по большому счету, уже и скорую не вызывают. Мы решаем вопросы, сейчас — 80% от всех потребностей... тут в своей амбулатории. Человек через 10 минут ушел из моей амбулатории, получил лечение профессиональное” — эксперт); 3) организационные: семейный врач самостоятельно формирует штатное расписание амбулатории, сам набирает медработников, определяет с ними условия договора; семейный врач самостоятельно формирует свой рабочий график; семейный врач живет на участке — это удобно пациентам, которые имеют возможность обращаться за помощью круглые сутки; малый радиус обслуживания также чрезвычайно выгоден для семейного врача, имеющего возможность не тратить лишнее время на “дорогу” к пациенту; участие общественности в процессе оценивания доступности и качества предоставления первичной медпомощи (“Работаем, по большому счету, по принципу прописки ... у нас радиус — триста метров и мы здесь же и живем” — эксперт).

Близко к приведенному выше и мнение специалистов, полагающих, что для успешного развития частной семейной медицины в Украине нужно решить следующие проблемы: 1) материально-техническое обеспечение, финансирование учреждений семейной медицины и материальная мотивация семейных врачей; 2) пересмотр устаревших расчетных норм обслуживания для врачей семейной медицины — пять посещений на один час приема в поликлинике с нагрузкой в 1400–1500 человек на одного врача; 3) ненадлежащее кадровое обеспечение лечебных учреждений средним и младшим медицинским персоналом в связи с отсутствием материальной мотивации; 4) проблемы нормативно-правового характера, сдерживающие дальнейшее реформирование: отсутствие механизма определения гарантированного объема медицинских услуг, которые обеспечиваются местным бюджетом в рамках выделенных на охрану здоровья ассигнований; отсутствие у субъектов предоставления медицинских услуг при частной форме собственности права выдачи листков нетрудоспособности и справок о нетрудоспособности, выписывания рецептов строгой отчетности, использования и хранения наркотических, психотропных медикаментов и прекурсоров; отсутствие нормативно-правового обеспечения использования на ограниченный срок трудовых договоров при найме работников в сфере здравоохранения; отсутствие взаиморасчетов между медицинскими учреждениями, в частности с финансируемыми из бюджетов разных уровней; сложность, длительность и затратность процедуры получения лицензии на частную медицинскую практику, в частности на услуги первичной медпомощи [Попов, 2004]; 5) проблемы, касающиеся конкретного частного семейного врача: не каждый врач способен выдержать физическую и моральную нагрузку, работая в новых условиях; к общеприня-

той отчетности добавляется отчетность перед органом управления здравоохранением о выполнении условий договора, отчетность частного предпринимателя перед налоговой службой и четырьмя фондами; в случае неэффективной работы в области взаиморасчетов с учреждениями здравоохранения врач может остаться с низкой прибылью; в случае эффективной работы существует угроза социального напряжения среди коллектива медработников; часть узких специалистов может оказаться “лишним звеном”; существует риск получить минимальную пенсию по возрасту [Файда, 2004].

Различия и общие черты в институтах семейной медицины в Украине и Польше

Для исследования институционализации семейной медицины важно изучение индивидуального опыта самих семейных врачей для определения условий и факторов становления этого социального института и его действительности. Глубинные интервью, проведенные с семейными врачами Украины и Польши¹, показали, что некоторые аспекты процесса институционализации семейной медицины подобны в обеих странах, но есть и различия. Исследования свидетельствуют, что в Польше институт семейной медицины уже сформирован и функционирует, тогда как в Украине носит формальный характер. “... У нас в стране произошли организационные изменения. Это было в 1998–1999 годах. Была такая возможность, когда изменялась собственно поликлиника... поскольку это была одна очень большая поликлиника. А в данный момент мы находимся в одном и том же помещении, но разделены на две поликлиники семейного врача. И сейчас лучше уход, чем тогда, когда предписывалось сверху. ... имеем свободу, так как можем сами себе планировать и лечение, и профилактику... Очень хорошо у нас, в Польше, развивается семейная медицина” (Польша, жен., 47 л.).

В частности, учреждения семейной медицины в Польше были организованы по-разному: негосударственные союзы, открытые союзы и т.п., а также в виде частной деятельности одного врача как физического лица или группы семейных врачей. В Украине в целом произошли лишь формальные смены вывесок на амбулаториях и поликлиниках. “Да, как мы были участковыми врачами, так мы сейчас... поменялась наклейка на дверях и все... ничего не поменялось. Я считаю, что... ничего она не дает эта семейная медицина, это тот же терапевт, только под другим названием” (Украина, муж., 54 г.). Причины прихода в семейную медицину врачей Польши разные, однако большинство отмечает, что семейная медицина обеспечивает самостоятельность, независимость в работе врача. “Я — независимый человек, поэтому я хотела иметь своих пациентов, своих детей, и я считала, что должна работать “на свое имя”...” (Польша, жен., 63 г.). Украинские врачи вроде бы стали семейными врачами, поскольку на начала семейной медицины переводили целые поликлиники в обязательном порядке, но, к сожалению, в Украине

¹ В экспертном опросе приняли участие 43 респондента (14 поляков: 4 мужчин и 10 женщин; 29 украинцев: 8 мужчин и 21 женщина). Украинские интервью проводились с 22 мая по 3 декабря 2009 года, польские интервью — с 22 мая по 1 июня 2007 года. Среди респондентов 10% — лица до 30 лет, 23% — от 31 до 40 лет, 49% — от 41 до 55 лет, 18% — старше 56 лет.

не произошло главного, что предполагает семейная медицина — изменения подхода к пациенту. *“Таков был приказ. И так согласно этому приказу мы и стали семейными. Ну, в принципе, мы считаемся семейными врачами. Ну, сказать, что мы семейные врачи? Мне кажется, что мы очень далеки от этого”* (Украина, жен., 54 г.).

Однако, по мнению украинских респондентов, медицина в сельской местности всегда была семейной, поскольку врач там живет и работает, знает всех своих односельчан и вынужден оказывать ту медицинскую помощь, которая нужна пациентам. *“У нас всегда была семейная медицина, скажем, на селе мы — один врач, и педиатр, и терапевт, и окулист, и узкий специалист”* (Украина, жен., 58 л.).

В обеих странах в семейную медицину после переквалификации преимущественно пришли терапевты и педиатры. В Украине, в отличие от Польши, официальной является специализация “семейный врач по обслуживанию детского населения”, то есть тот же педиатр, и “семейный врач по обслуживанию взрослого населения”, то есть тот же участковый терапевт, что, собственно, отрицает саму суть семейной медицины. Также распространено мнение, якобы детей должен обслуживать педиатр, и на нынешнем этапе нельзя разрушать педиатрическую службу. *“С рождения — однозначно — нет; до года — однозначно — нет; ну так более или менее, знаете, период — с семи лет. Здесь уже возможно, и то... Ну я считаю, что для детей до года — однозначно должен быть другой специалист. Однозначно”* (Украина, жен., 28 л.). Семейные врачи обеих стран обращают внимание на проблему с тем, что членов одной семьи могут обслуживать разные врачи, что идет вразрез с принципом семейной медицины. *“Так о каком семейном враче говорить? Женщина идет к одному врачу, мужчина — к другому, дети к педиатру, находят третьего, четвертого”* (Украина, муж., 49 л.). *“...Семья может оказаться разделенной между несколькими врачами. Ведь нет такого обязательного условия, чтобы вся семья была записана к одному врачу. ... Может оказаться так, что в семье из четырех человек каждый может иметь своего семейного врача. Существуют тогда определенные трудности в работе врача”* (Польша, муж., 42 г.).

Семейные врачи Украины и Польши сравнивают финансирование и заработные платы с зарплатами врачей больниц, других отраслей народного хозяйства своего государства и с другими странами мира и считают их недостаточными. *“...Врач не может сказать, что он удовлетворен своей работой, так как зарабатывает мало денег, по сравнению с заграницей можем сказать, что комфорта нет”* (Польша, жен., 63 г.). *“...Мы ж не Европа, 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”* (Украина, муж., 52 г.). Серьезной преградой в деятельности семейного врача респонденты считают бюрократию, растущую из года в год. *“Я считаю, что очень много лишних этих бумаг. Некогда уже заниматься этими больными. Если ты не оформил бумажку, считается, что ты ничего не делаешь”* (Украина, жен., 54 г.). *“Я в кабинете на осмотр ребенка могу уделить несколько минут при моем опыте. Но столько, сколько они высидели из-за документации... Я считаю, что жалко моих знаний на подобного типа деятельность. А это распространяется...”* (Польша, жен., 59 л.).

Обращают внимание респонденты и на необходимость знаний по психологии и социологии в работе семейного врача. *“Пациент еще на пороге, а ты уже знаешь, как ты будешь говорить, в каком плане ты повернешь этот разговор, куда ты повернешь этого больного. Вторая специальность — это психолог”* (Украина, жен., 57 л.).

Очевидно, что главной причиной эмиграции польских (как и украинских) семейных врачей является материальная. Польские респонденты также обращают внимание на отсутствие соответствующей политики, более высокий престиж профессии врача за границей и на создание негативного образа врача со стороны СМИ в Польше. *“Ведь здесь, в этой стране, просто нет соответствующей политики наших политиков... Но это просто так называемый пережиток коммунизма. Политики считают, что врач и так устроится, и потому он не должен сразу требовать денег. Ведь врач и так будет себе дополнительно зарабатывать где-то в частном кабинете, на дежурствах, или будет работать по 24 часа в сутки”* (Польша, жен., 43 г.).

Проблемой взаимоотношений между семейным врачом и врачом-специалистом в Польше является отсутствие обратной связи и длинные очереди к специалистам. *“... Нет никакой обратной информации. Просто полное игнорирование со стороны специалистов”* (Польша, жен., 43 г.). *“С больницей нет проблем. Пациент получает информационную карточку. Я эту карточку либо копирую себе, либо записываю где-то. Если же пациент идет к специалисту, то здесь возникает проблема. Специалист должен нам отписать письменно о результатах обследования. Часть отвечает письменно, но большинство, к сожалению, нет. Несколько легкомысленно к нам относятся”* (Польша, жен., 47 л.). В Украине пациенты, особенно в городах, самостоятельно со своей амбулаторной карточкой обращаются к любому специалисту. В сельской местности Украины возникают проблемы с консультациями специалистов, поскольку не все пациенты имеют финансовые возможности ездить к специалистам за несколько десятков километров; существуют проблемы с вызовом специалистов к больным в село из-за отсутствия транспорта. *“С врачами-специалистами [отношения] строятся не очень. Ну, скажем, я бы хотела, чтобы это было лучше, ...потому как к каждому врачу-специалисту, чтобы они посмотрели моего больного, приехали к нему домой, нужно идти, прямо падать перед ним на колени, просить. Это неприятно, конечно, ведь... отношение к нам... пренебрежительное...”* (Украина, жен., 35 л.).

Причин конфликтов между врачом и пациентом великое множество, и весьма существенными являются финансовые: в Польше речь идет об услугах, не оплачиваемых Фондом, но рекомендованных, в Украине это невыполнение государством декларируемой бесплатной медпомощи и цены на лекарственные средства.

Все семейные врачи акцентируют внимание на важности работы с семьей как средоточием здоровья и болезней пациента. *“Как уже известно, семейная медицина занимается семьей, здоровьем целой семьи, мы обязаны знать среду, очень подробно, и такой основой семейной медицины является лечение всей семьи — от новорожденного до позднего возраста, старости — это самое важное, и в связи с этим мы должны охватить все возрастные группы, то есть это уже граничит с социологией, психологией, ибо это не только лечение, ведь во многих случаях можно предотвратить или также (...) просто побыстрее вылечить, лучше помочь пациенту, если известно*

что-то большее там, в тех семейных контактах, то есть это первая основа — охватить целую семью, равно как профилактикой, так и лечением (Польша, жен., 45 л.). Однако украинские врачи подчеркивают, что работают как врачи общей практики, поскольку семьи к ним не прикреплены в отличие от ситуации в Польше, где пациенты сами выбирают семейного врача, записываются к нему в списки, тем самым берут на себя часть ответственности по сохранению своего здоровья и выполнению рекомендаций своего врача. *“... Они [пациенты] за мной не закреплены. ...Мне такая трактовка “семейная медицина” не нравится. Я считаю, что я врач общей практики... ..поэтому должен быть подписан договор о том, что они обязуются делать то-то и то-то, а я обязан сделать то-то и то-то”* (Украина, муж., 49 л.). Наиболее важно, по мнению всех врачей, для взаимоотношений между врачом и пациентом доверие. *“Во-первых, доверие пациента к врачу, а во-вторых, — доверие врача к пациенту...”* (Польша, муж., 40 л.). *“Если больной доверяет врачу, это уже половина успеха в лечении...”* (Украина, жен., 63 г.).

Для повышения престижа семейной медицины в обществе и перспектив развития этой специальности нужна соответствующая политика власти и надлежащая кампания в СМИ. *“... Это должно... все зависит от правительства нашего, чтобы немножко медицину ставили... не так унижали...”* (Украина, муж., 54 г.). *“...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?...”* (Украина, жен., 52 г.). *“... Мне кажется, что тогда, когда все начиналось и было это внимание власти сосредоточено на семейном враче, когда был этот “зеленый свет”, тогда было лучше, существовало какое-то доверие. А на данный момент медиа сделали свое: немного этот престиж упал в связи с не слишком полезной политикой медиа”* (Польша, жен., 43 г.).

Украинские врачи пессимистически оценивают перспективы семейной медицины, акцентируя внимание на отсутствии материальной мотивации и формальном подходе к этой реформе. *“Перспективы... я считаю, что семейная медицина будет развиваться, хорошие перспективы... только нужно, чтобы больше ее финансировали, чтобы семейным врачам достаточно платили денег, чтобы они больше работали с больным, чтобы не нужно было тех огородов копать, корову держать в селе...”* (Украина, жен., 58 л.). *“Если будет выше уровень оплаты семейного врача, то будет перспектива, а если останется на этом уровне, то перспектива не очень высокая”* (Украина, жен., 34 г.). *“... Я считаю, что перспективы незначительные, так как финансирование... именно нужно, чтобы финансирование было больше. А если у нас нет финансирования, то какие могут быть перспективы, правда же? А если у тебя ничего нет, то как же тогда можно из ничего что-то делать, я не знаю”* (Украина, жен., 55 л.).

Безотносительно к источнику финансирования семейной медицины (государственный или местный бюджет, страховые фонды и т.п.) в рыночной экономике существует зависимость прибыли семейного врача (амбулатории семейных врачей) от показателей эффективности работы. То есть чем меньше пациенты семейного врача болеют, тем меньше средств на них расходует сам врач и тем больше оставляет в качестве прибыли врача и на развитие амбулатории. Наиболее эффективным для функционирования се-

мейной медицины является финансирование через капитационную ставку (на одного пациента), дополнительная оплата за оказание определенной специализированной помощи, а также наличие фонда, когда семейный врач оплачивает необходимые специальные услуги для своих пациентов на вторичном и третичном уровнях медпомощи. Такое держание фонда мотивирует семейного врача к максимальному удовлетворению потребностей своих подопечных и проведению профилактики для предупреждения болезней. Тем не менее такое финансирование семейной медицины предполагает частную практику семейных врачей, а в Украине 90% услуг ПМСП предоставляет поликлиническая сеть, где ставка врача не зависит ни от количества, ни от качества оказанных медицинских услуг, что никак не стимулирует врачей к предупреждению болезней и укреплению здоровья своих пациентов.

По результатам глубинных экспертных интервью с семейными врачами Украины и Польши (где внедрение семейной медицины является одной из наиболее удачных реформ в области здравоохранения), а также по данным опроса можно выделить ряд структурных факторов действенности семейной медицины: 1) *организационные*: актуальность частной семейной медицинской практики; понимание и соблюдение сути, цели, принципов организации семейной медицины всеми участниками института семейной медицины; изменение подхода к пациенту; независимость семейного врача; построение социальной профессиональной среды семейных врачей; повышение социального статуса семейного врача; 2) *нормативно-правовые*: четкое определение объема компетенции и ответственности семейного врача; утвержденный перечень платных медицинских услуг, какие имеет право предоставлять семейный врач; отмена законодательных ограничений для частных семейных врачей в отношении выдачи ими листков нетрудоспособности и использования некоторых лекарственных средств, которые относятся к наркотическим и прекурсорам; 3) *финансово-экономические*: зависимость прибыли семейного врача от объема его работы и показателей эффективности; необходимый уровень обеспечения амбулатории семейной медицины; оплата труда семейным врачам на уровне с зарплатой работников других отраслей народного хозяйства; создание среды для конкуренции между семейными врачами за пациентов на основании оплаты труда за каждого пациента, который добровольно выбрал своего семейного врача; комбинированная оплата труда семейного врача — сочетание оплаты за каждого прикрепленного пациента с дополнительной оплатой за предоставление определенных специальных узкомедицинских услуг; частичное фондодержание, когда семейный врач самостоятельно заключает соглашения со специалистами на обслуживание своих подопечных и оплачивает эти услуги; 4) *морально-этические*: соблюдение медицинской этики и деонтологии в отношениях врача с пациентом.

Можно сделать вывод о том, что процесс становления института семейной медицины еще не прошел все необходимые этапы. Потребность в семейной медицине на уровне государства остается сугубо декларативной (директивное реформирование без применения экономических методов); не произошло легитимации института семейной медицины; не меняются качественно ни деятельность семейного врача, ни подход к пациенту; не уставлено системы санкций для поддержания норм и правил через экономическое стимулирование семейного врача; не сформировалась профессио-

нальная социальная группа семейных врачей; не создана система социальных статусов и ролей, которые бы охватывали всех без исключения членов института семейной медицины и получили одобрение большинства участников этого социального процесса. Кроме того, семейной медицине как социальному институту в Украине (за единичными исключениями) не присущ полный набор структурных факторов действенности, а значит, этот институт еще не достиг должного качества и полного развития.

Источники

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.