

УДК 316.334:61

І.Мажак

ІНСТИТУЦІОНАЛІЗАЦІЯ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ В УКРАЇНІ

У статті проаналізовано складові функціональності інституту сімейної медицини. За результатами опитування населення з'ясовано, що легітимації інституту сімейної медицини не відбулося; за допомогою кейс-стаді дослідження 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 інституту сімейної медицини в Україні та Польщі, основні проблеми інституціоналізації сімейної медицини в Україні, а також структурні чинники дієвості цього інституту.

Keywords: *social institution, institutionalization, organizational sphere, institution of family medicine, family doctor, family medicine.*

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

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

За умов постійних соціально-економічних і політичних криз в Україні, погіршення медико-демографічних показників та екології, старіння населення, зростання соціально-економічної нерівності в суспільстві, у тому числі нерівності у соціальному забезпеченні здоров'я, відбувається погіршення стану здоров'я населення й актуалізація потреб у медичних послугах та охороні здоров'я.

Сьогодні спостерігається незадовільна ефективність української системи охорони здоров'я, низька якість на-

дання первинної медико-санітарної та спеціалізованої допомоги, неефективне використання ресурсів галузі. Адже, крім великих фінансових проблем і неможливості виконання галуззю задекларованої безоплатної допомоги, існують суттєві недоліки в організації й управлінні. Тобто система охорони здоров'я та спосіб управління галуззю залишилися за своєю структурою такими, як були за радянських часів.

Всесвітня організація охорони здоров'я визначила первинну медичну допомогу на засадах інституту сімейної медицини найважливішим елементом у структурі системи охорони здоров'я, що повинен задовольняти до 90% медичних потреб населення.

Тому актуальним є вивчення та аналіз процесу впровадження сімейної медицини на первинному рівні системи охорони здоров'я в Україні, який відбувається з початку 90-х років ХХ ст. Запровадження сімейної медицини повинно було привести до підвищення якості та доступності первинної медико-санітарної допомоги (далі – ПМСД) для населення, покращення медико-демографічних показників та економії коштів, що виділяються на охорону здоров'я. Проте в Україні реформування здійснено лише формально, за винятком окремих, як правило, приватних осередків сімейної медицини. Такі результати зумовлені цілою низкою причин політичного, економічного, правового, фінансового, організаційного, соціального і психологічного характеру, і для їх розуміння авторкою проаналізовані етапи становлення інституту сімейної медицини в Україні, складові функціональності, з яких формується цей інститут, його легітимація та структурні чинники дієвості. Для прикладу та порівняння обрано інститут сімейної медицини Польщі, завдяки успішному досвіду його запровадження у первинній ланці сімейної медицини.

Сімейна медицина є формальним соціальним медичним інститутом, що запроваджується на рівні первинної ланки охорони здоров'я. За Я. Щепанським [1], це комплекс закладів сімейної медицини, в яких сімейні лікарі, сімейні медсестри провадять свою професійну діяльність, спря-

мовану на задоволення індивідуальних і сімейних потреб у первинній медико-санітарній допомозі, та регулюють поведінку членів місцевої громади щодо здорового способу життя.

Згідно з узагальненою схемою інституціоналізації І.Юрченко [2] процес становлення соціального інституту сімейної медицини включає в себе такі етапи: виникнення потреби в сімейній медицині як у пацієнта (який хоче мати якісну та доступну медичну допомогу), так і у держави (яка прагне, а не лише декларує, максимально задовольнити потреби населення в медичній допомозі з якнайменшими затратами); формування основної мети сімейної медицини – надання доступної, якісної, безоплатної для населення медичної допомоги; створення соціальної інфраструктури – амбулаторії сімейної медицини; прийняття нормативно-правової бази сімейної медицини; розподіл соціальних норм сімейної медицини на морально-етичні та нормативно-правові; поява процедур взаємодії між сімейним лікарем і пацієнтом та його сім'єю, між сімейним лікарем й іншими фахівцями системи охорони здоров'я; легітимація соціального інституту сімейної медицини; формування професійної соціальної групи сімейних лікарів; зміна якості діяльності сімейного лікаря та зміна підходу до пацієнта; встановлення системи санкцій для підтримки норм і правил через економічне стимулювання сімейного лікаря. Завершенням процесу інституціоналізації сімейної медицини є створення системи соціальних статусів і ролей, які охоплюють усіх без винятку членів інституту сімейної медицини і дістають схвалення більшості учасників цього соціального процесу.

Відповідно до організаційного підходу Р. Скотта [3] наявність матеріальних ресурсів, їх доступність і розподіл безпосередньо впливають на “організаційне поле” сімейної медицини, проте потрібно брати до уваги пролонговану дію інституційних факторів, що враховують певну спрямованість пацієнтів, які віддають перевагу звичній для них поліклінічній формі надання ПМСД. “Інституційні логіки” в сімейній медицині формуються принципами її

організації – вільний вибір лікаря, доступність, безперервність, багатопрофільність, профілактика та лікування, орієнтація на сім'ю та громаду, а також урахування особливого підходу до пацієнта як до соціальної особи, що провадить свою життєдіяльність під впливом різних соціальних груп. Носіями “інституційних логік” виступають самі сімейні лікарі, які втілюють ці практики надання медичної допомоги в життя. Проте на рівні ПМСД продовжують діяти й інші “логіки” та актори, це, зокрема, лікарі поліклінік. Лише при збільшенні чисельності сімейних лікарів – як провідників принципів сімейної медицини – її інституційна логіка може стати домінуючою на рівні первинної медичної допомоги.

Для комплексного аналізу результатів впровадження сімейної медицини доцільним є використання кількісних та якісних методів дослідження: *стандартизованого інтерв'ю* для визначення рівня легітимації інституту сімейної медицини, *кейс-стаді дослідження* успішних прикладів інституціоналізації сімейної медицини та *глибинних експертних інтерв'ю* з сімейними лікарями для емпіричного виявлення складових функціональності інституту сімейної медицини та його структурних чинників дієвості, *аналізу документів* для виявлення рівня формалізації (бюрократизації) та ефективності механізму впровадження сімейної медицини.

Дослідження складових функціональності інституту сімейної медицини засвідчило, що найбільш оптимальною формою організації сімейної медицини є приватна підприємницька діяльність. Головним принципом організації сімейної медицини є вільний вибір пацієнтами сімейних лікарів, що забезпечує конкуренцію між лікарями та підвищує якість надання медичної допомоги. Наступною особливістю є те, що співпраця сімейного лікаря з пацієнтом в інституті сімейної медицини повинна базуватися на якісно нових принципах: доступність, безперервність, орієнтація на сім'ю і громаду, профілактика, багатопрофільність. У результаті цього змінюється підхід до пацієнта: він перетворюється на партнера лікаря, бере участь у

процесі лікування, несе відповідальність за результати і стан свого здоров'я, має право вибору, тобто якісно змінюються взаємини між об'єктом і суб'єктом взаємодії, змінюється спосіб досягнення мети і функціонування самого соціального інституту. Незалежно від джерела фінансування сімейної медицини (державний чи місцевий бюджет, страхові фонди тощо) в ринковій економіці є залежність прибутку сімейного лікаря від показників ефективності роботи. Особливістю інституціоналізації сімейної медицини в Україні є застосування неефективного, в ринкових умовах, адміністративно-командного способу управління, прийняття великого обсягу нормативно-правових документів без ґрунтовно розробленого механізму запровадження сімейної медицини на основі економічних методів, що привело до формального реформування. Крім того, український сімейний лікар не має незалежності у своїй професійній діяльності, бо є виконавцем численних бюрократичних відомчих приписів.

Організаційні форми сімейної медицини у світі різні – це приватні практики, групові, на державній чи комунальній власності тощо. Проте принципи їх організації суттєво не відрізняються: доступність, багатопрофільність, безперервність протягом життя людини медичної допомоги, охоплення всіх осіб незалежно від статі, віку, захворювання, координація медичної допомоги, профілактика, опіка в контексті сім'ї та громади. Щодо організаційних форм сімейної медицини в Україні, то, як бачимо, через застосування неефективного директивного способу управління процесом впровадження сімейної медицини, під час реформування не відбулося самої реорганізації закладів ПМСД, а лише зміна “вивісок”, що підтверджує великий перелік моделей сімейної медицини, визначений МОЗ України.

Найважливішим організаційним принципом сімейної медицини є вільний вибір свого сімейного лікаря пацієнтами, який в Україні не забезпечується, оскільки немає механізму його реалізації, бо зберігається прикріплення пацієнтів до територіальної дільниці. Дуже важливою

складовою функціональності інституту сімейної медицини є спосіб його фінансування, адже від цього найбільше залежить дієвість інституту. Найефективнішим є фінансування через поєднання ставки на одного пацієнта з оплатою за певні спеціальні медичні послуги, а також т. зв. часткове фондотримання, яке мотивує сімейного лікаря до максимального задоволення потреб своїх підопічних, проведення профілактики та запобігання хворобам.

Крім того, дослідження показало, що в Україні ухвалено велику кількість нормативних документів для запровадження сімейної медицини, тобто існує високий ступінь формалізації (бюрократизації) цього процесу. Водночас досвід Польщі свідчить, що успіхи сімейної медицини залежать не від кількості спеціально прийнятих для цього нормативно-правових актів, а від мотивації до праці основного суб'єкта первинної ланки – сімейного лікаря.

Показником сформованості соціального інституту сімейної медицини є його легітимація, формування ставлення населення до соціальних правил і організаційних структур сімейної медицини, що відображає погодження ним цього інституціонального порядку. Для виявлення ставлення населення до запровадження інституту сімейної медицини в Україні та його легітимації було проведено загальнонаціональне опитування населення соціологічною групою “Рейтинг” за розробленим авторкою питальником (обсяг вибіркової сукупності – 2000 респондентів, терміни проведення опитування – 2–15 серпня 2009 р.). Стандартизоване інтерв'ю виявило, що легітимації інституту сімейної медицини в Україні не відбулося, загалом мешканці України не відчували запровадження у країні сімейної медицини, оскільки лише кожний десятий (10,3%) респондент зазначив, що він або члени його сім'ї є пацієнтами сімейного лікаря/лікаря загальної практики. За даними Українського інституту стратегічних досліджень МОЗ України, вже станом на 2008 р. населення, якому надається первинна медико-санітарна допомога на засадах сімейної медицини/загальної практики, становило 35,76 % [4]. Станом на 2010 р. 40,54% населення

України охоплено ПМСД на засадах сімейної медицини/ загальної практики [5]. Відмінності даних опитування населення та офіційної статистики можна пояснити тим, що на виконання розпоряджень МОЗ України про запровадження сімейної медицини на місцях відбулася формальна зміна вивісок на амбулаторіях, що нічого не змінило ні для пацієнтів, ні для лікарів первинної ланки (що також було підтверджено опитуванням експертів).

Цікаво, що серед осіб, які є пацієнтами сімейного лікаря, 45,1 % вважають, що якість медичного обслуговування підвищилася, і майже стільки ж (40,3 %) дотримуються протилежної думки, а це вказує на неоднозначність сприйняття реформи і те, що здебільшого підхід до пацієнта не змінився. Дослідження показало, що найчастіше профілактична робота сімейного лікаря полягає у проведенні вакцинації та пропаганді здорового способу життя, а основною причиною звернення пацієнтів до сімейного лікаря є проблеми зі здоров'ям – отримання лікування, лікарняних, направлення на обстеження чи аналізи.

На підставі проведеного авторкою кейс-стаді дослідження (аналіз документів, глибинне інтерв'ю з експертом (25 липня 2009 р.), спостереження за функціонуванням амбулаторії сімейних лікарів протягом одного робочого дня) можна зробити висновок, що сімейна медицина відбулася у м. Комсомольську Полтавської області – це підтверджено позитивними результатами роботи приватних сімейних лікарів. Успішність становлення цього інституту згідно з концепцією інституціоналізації полягає в тому, що із самого початку було чітко сформульовано мету й обсяг функцій цього інституту, а також його взаємозв'язок з іншими медичними структурами. Відбувся раціональний розподіл праці завдяки запровадженню статусу приватного підприємця для сімейного лікаря і залежності його прибутку від ефективності праці; відбулося визнання й підвищення престижу інституту сімейної медицини серед пацієнтів та громади.

Отже, можна виокремити такі структурні чинники дієвості приватного інституту сімейної медицини в м. Ком-

сомольську: *економічні*: надання сімейним лікарям статусу підприємців; фінансування на кожного мешканця сімейно-територіальної дільниці; запровадження т. зв. часткового фондотримання – взаєморозрахунків за консультації вузьких спеціалістів, а також лікування у стаціонарі; платні послуги (додаткові не передбачені договором та для пацієнтів з-поза дільниці); *мотиваційні*: постійне підвищення кваліфікації сімейного лікаря для надання пацієнтам якомога більшого обсягу медичної допомоги самостійно, адже те, що залишається, – прибуток; фінансова зацікавленість у здоров'ї мешканців дільниці, проведенні профілактики та запобіганні хворобам; постійне підвищення якості медичних послуг для приваблення пацієнтів, підвищення престижу амбулаторії та збільшення кількості потенційних пацієнтів; безпосередня залежність прибутку від обсягу та якості наданих послуг, показників здоров'я мешканців дільниці та раціонального використання матеріально-технічних ресурсів; *організаційні*: сімейний лікар самостійно наймає працівників та складає робочий графік; він живе на дільниці й пацієнти мають можливість звертатися по допомогу цілодобово, а лікар не витрачає час на “дорогу” до пацієнта; участь громадськості в процесі оцінювання доступності та якості надання первинної медичної допомоги.

Глибинні інтерв'ю, проведені із сімейними лікарями Польщі й України (43 респонденти: 14 польських та 29 українських; українські інтерв'ю були проведені з 22 травня по 3 грудня 2009 р., польські інтерв'ю — з 22 травня по 1 червня 2007 р.), показали, що деякі аспекти процесу інституціоналізації сімейної медицини схожі в обох країнах, а деякі різняться між собою. Дослідження засвідчує, що в Польщі інститут сімейної медицини вже сформований і функціонує, в Україні ж цей процес набув формального характеру.

Зокрема, заклади сімейної медицини в Польщі організовувалися різними способами у вигляді різних недержавних спілок, відкритих спілок 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. Причини приходу в сімейну медицину лікарів Польщі різні, проте більшість зазначає, що сімейна медицина дає самостійність, незалежність у роботі лікаря. Українські лікарі загалом стали сімейними лікарями, оскільки на принципи сімейної медицини переводили цілі поліклініки в обов'язковому порядку, і, на жаль, в Україні не відбулося основного, що передбачає сімейна медицина – зміни підходу до пацієнта. 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.

В обох країнах у сімейну медицину після перекваліфікації переважно прийшли терапевти і педіатри. В Україні, на відміну від Польщі, офіційно є спеціальність “сімейний лікар з обслуговування дитячого населення” – це той самий звичайний педіатр, і “сімейний лікар з обслуговування дорослого населення” – звичайний дільничний терапевт, що, у свою чергу, заперечує саму суть сімейної медицини. Також панує думка, що дітей повинен обслуговувати педіатр і на нинішньому етапі не можна руйнувати педіатричну службу. Сімейні лікарі обох країн звертають увагу на проблему з тим, що члени однієї сім'ї можуть обслуговуватися різними лікарями, а це заперечує основний принцип сімейної медицини.

Щодо нормативів кількості пацієнтів у списку одного сімейного лікаря, то сімейні лікарі вважають, що їх потрібно зменшити для підвищення якості медичної допомоги.

Сімейні лікарі України та Польщі порівнюють фінансування і заробітні плати з зарплатами лікарів лікарень, інших галузей народного господарства держави та з іншими країнами світу і вважають їх недостатніми. Великою перепоною в діяльності сімейного лікаря респонденти вважають бюрократію, яка зростає рік за роком. Звертають увагу респонденти і на необхідність знань у галузі психології та соціології у праці сімейного лікаря. Особ-

лівістю сімейної медицини є те, що лікар і пацієнт – це партнери, які разом співпрацюють на користь здоров'я пацієнта.

Очевидно, що головною причиною еміграції польських, як і українських, сімейних лікарів за кордон є матеріальний аспект, а польські респонденти звертають увагу на вищий престиж професії лікаря за кордоном та на створення негативного іміджу лікаря польськими ЗМІ.

Проблемою відносин між сімейним лікарем і лікарем-спеціалістом у Польщі є відсутність зворотної інформації і довгі черги до спеціалістів. В Україні пацієнти в містах можуть самостійно зі своєю амбулаторною карткою звертатися 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, до того ж існують проблеми з викликом спеціалістів до хворих у село у зв'язку з відсутністю транспорту.

Причин для виникнення конфліктів між лікарем і пацієнтом багато, проте основними серед них є фінансові: у Польщі – це послуги, які рекомендуються, але не оплачуються страховим фондом, в Україні – невиконання державою задекларованої безоплатної медичної допомоги і ціни на лікарські засоби.

Усі сімейні лікарі наголошують на важливості роботи із сім'єю як осередком здоров'я і хвороб пацієнта. Проте українські лікарі зауважують, що працюють як лікарі загальної практики, оскільки сім'ї до них не прикріплені на відміну від Польщі, де пацієнти самі вибирають сімейного лікаря й записуються до нього, тим самим беручи на себе частину відповідальності за збереження свого здоров'я та виконання рекомендацій свого лікаря. Найважливішою, на думку всіх лікарів, для взаємовідносин між лікарем і пацієнтом є довіра.

Для підвищення ж іміджу сімейних лікарів у суспільстві та перспектив розвитку цієї спеціальності потрібна відповідна політика влади і кампанія у ЗМІ. Українські лікарі більш песимістично оцінюють перспективи сімейної

медицини, зосереджуючи увагу на відсутності матеріальної мотивації і формальному підході до цієї реформи.

І, в Україні, і в Польщі сімейну медицину почали запроваджувати на початку 90-х років ХХ ст., проте у Польщі сімейна медицина є однією з медичних спеціальностей, що найкраще розвиваються, і найчастіше сімейні лікарі працюють як приватні. В Україні, через неефективний директивний (адміністративно-командний) спосіб управління процесом впровадження сімейної медицини без застосування економічних методів, все звелось лише до формального реформування.

На основі проведених автором емпіричних досліджень виявлено ряд структурних чинників дієвості інституту сімейної медицини: *організаційні* (найбільш оптимальною є приватна сімейна медична практика; розуміння та дотримання суті, мети, принципів організації сімейної медицини всіма учасниками інституту сімейної медицини; зміна підходу до пацієнта; незалежність сімейного лікаря; побудова соціального професійного середовища сімейних лікарів; підвищення соціального статусу сімейного лікаря); *нормативно-правові* (чітке визначення обсягу компетенції та відповідальності сімейного лікаря; визначення взаємовідносин між сімейними лікарями та іншими фахівцями системи охорони здоров'я; перелік платних медичних послуг, які має право надавати сімейний лікар; зняття існуючих законодавчих обмежень для приватних сімейних лікарів); *фінансово-економічні* (залежність прибутку сімейного лікаря від обсягу його роботи і показників ефективності; необхідний рівень матеріального забезпечення амбулаторії сімейної медицини; оплата праці сімейним лікарям нарівні із працівниками інших галузей народного господарства; створення конкурентного середовища між сімейними лікарями за пацієнтів на основі оплати праці за кожного пацієнта; комбінована оплата праці сімейного лікаря – поєднання оплати за кожного прикріпленого пацієнта з додатковою оплатою за надання спеціальних медичних послуг; часткове фондотримання, коли сімейний лікар самостійно укладає угоди зі спеціалістами на

обслуговування своїх пацієнтів та оплачує їхні послуги); *морально-етичні* (дотримання етики та деонтології відносно лікаря з пацієнтом).

Таким чином, можна зробити висновок, що процес становлення інституту сімейної медицини ще не пройшов всі етапи, зокрема, потреба в сімейній медицині, на рівні держави, є декларативною (директивне реформування без застосування економічних методів); не відбулося легітимації інституту сімейної медицини; не змінились 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 охоплюють всіх без винятку членів інституту сімейної медицини і дістають 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, отже, цей інститут ще не набув належної якості чи повністю не розвинувся.

Література

1. *Szczepenski J.* Elementarne pojencja sociologii / J. Szczepenski. – Warszawa : Panstwowe wydawnictwo naukowe, 1970. – 532 s.
2. *Юрченко І. В.* Інституціоналізація волонтерського руху в Україні : дис. ... канд. соціол. наук / І. В. Юрченко. – К., 2009. – 119 с.
3. *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.
4. *Основні показники розвитку сімейної медицини в Україні.* 2008 рік. – К. : МОЗ України, Укр. ін-т стратегічних досліджень МОЗ України, 2009. – 25 с
5. *Ситуаційний аналіз розвитку сімейної медицини в Україні.* 2010 рік / за ред. Г.О.Слабкого ; МОЗ України, Укр. ін-т стратегічних досліджень МОЗ України. – К., 2011. – 28 с.