

УДК 316.334:61

І. М. Мажак, канд. соціол. наук
Національний інститут раку

СТРУКТУРНІ ЧИННИКИ ДІЄВОСТІ ПРИВАТНОЇ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ (КЕЙС-СТАДІ ДОСЛІДЖЕННЯ)

За допомогою кейс-стаді дослідження визначено структурні чинники дієвості приватної сімейної медицини у м. Комсомольську Полтавської обл., де відбулась успішна інституціоналізація сімейної медицини.

Ключові слова: первинна медико-санітарна допомога, інститут сімейної медицини, сімейний лікар, приватна сімейна медицина, структурні чинники дієвості.

Для кейс-стаді дослідження функціонування приватної сімейної медицини в Україні вибрано унікальний випадок – одну з перших приватних амбулаторій сімейної медицини м. Комсомольська Полтавської обл., де відбулося успішне впровадження інституту сімейної медицини. Сімейні лікарі цієї приватної амбулаторії сімейної медицини одними з перших в Україні отримали ліцензії МОЗ України на цю діяльність.

У дослідженні було використано такі методи: аналіз документів (офіційних та неофіційних), глибинне інтерв'ю з одним експертом, спостереження за функціонуванням амбулаторії сімейних лікарів протягом одного робочого дня.

Комсомольськ – це невелике монопрофільне місто з населенням 55 тис. осіб, 10 тис. з яких працює на промисловому гіганті – Полтавському гірничо-збагачувальному комбінаті. Недостатнє фінансування і матеріально-технічне забезпечення галузі охорони здоров'я торкнулося всіх видів надання медичної допомоги міста, але найбільш це відчутно в амбулаторно-поліклінічній ланці. Унаслідок цього знецінилася робота дільничних терапевтів і педіатрів, адже вони перетворилися на посередників між пацієнтом і вузькими спеціалістами та стаціонарами, як і загалом у державі. Упав престиж самої професії лікаря первинної ланки охорони здоров'я, адже до них звертається невелика кількість пацієнтів, оскільки пацієнти звертаються по допомогу до вузьких спеціалістів – набагато дорожчої, спеціалізованої та високоспеціалізованої медицини. У зв'язку із цим зростали потреби населення у дорожчих видах медичної допомоги – швидкій і стаціонарній. Тобто ситуація, що склалася в Комсомольську, була типовою для України.

Реформування системи охорони здоров'я розпочалось із прийняття концепції, яка поклала початок політики місцевої влади в галузі охорони здоров'я населення. Одним із напрямів у реалізації положень концепції була розбудова системи надання первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини [1].

Концепцією, зокрема, передбачалися запровадження багатоканальності фінансування закладів охорони здоров'я; багатокладність власності за провідної ролі державних лікувально-профілактичних закладів; доступність первинної медико-санітарної допомоги; розвиток сімейної медицини та групової сімейної практики. У рамках концепції проведено реструктуризацію Комсомольської центральної міської лікарні (ЦМЛ), унаслідок чого в місті утворилася мережа юридично самостійних лікувально-профілактичних закладів, що була підпорядкована ЦМЛ; у 1997 р. засновано комунальне підприємство "Комсомольська госпрозрахункова поліклініка", і цим було започатковано багатокладність форм власності муніципальної системи охорони здоров'я міста; у 1998 р. затверджено програму "Сімейна медицина"; у серпні 1998 р. наказом МОЗ № 242 [2] м. Комсомольськ Полтавської обл. затверджено експериментальною базою з організації медико-санітарної допомоги населенню на засадах сімейної медицини [3].

З 2000 р. сімейні лікарі почали отримувати ліцензії МОЗУ на приватну медичну практику, а в місті створено "Міську лікарняну касу", яка, зокрема, стала інструментом реалізації міських соціальних програм медикаментозного забезпечення непрацюючих пенсіонерів при стаціонарному лікуванні та ведення пологів у ЦМЛ. У 2001 р. згідно з рішенням Полтавської обласної ради і управління охорони здоров'я Полтавської облдержадміністрації вперше в Україні лікувальні заклади м. Комсомольська дістали можливість відпрацювати інноваційну модель міжбюджетних відносин у галузі охорони здоров'я. За цією моделлю у міському бюджеті було зарезервовано кошти на суму 305 тис. грн. За рахунок цих коштів протягом року проводилися взаєморозрахунки з лікувальними закладами обласного підпорядкування за надану медичну допомогу мешканцям. Розрахунки проводились щомісячно за кожного окремого пацієнта, направленого на лікування на підставі актів прийому-передавання виконаних робіт обласних лікувальних закладів. У результаті за рік лікування мешканців Комсомольська в обласних лікувальних закладах витрачено близько 240 тис. грн. Водночас у 2001 р. для цих цілей в обласному бюджеті було передбачено 1,5 млн грн. Таким чином, м. Комсомольськ заощадив більше одного мільйона гривень з обласного бюджету. З уведенням у дію Бюджетного кодексу України продовження такого експерименту, на жаль, стало неможливим [3, с. 44].

Рішенням Комсомольської міської ради Полтавської області в 1998 р. запроваджено експеримент з метою апробації моделей організації медико-санітарної допомоги населенню на засадах сімейної медицини в умовах малого

міста. Метою програми було збереження і поліпшення стану здоров'я населення м. Комсомольська, підвищення якості надання первинної медико-санітарної допомоги. Основними завданнями програми є: формування довгострокової місцевої політики в галузі охорони здоров'я на основі пріоритетного розвитку первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), впровадження організаційно-економічних механізмів раціонального використання наявних ресурсів охорони здоров'я, зміцнення матеріально-технічної бази системи ПМСД, децентралізація надання ПМСД в амбулаторно-поліклінічних закладах і розвиток мережі закладів загальної лікарської практики, створення системи мотивації інтенсивної та успішної роботи медичного персоналу закладів загальної лікарської практики/сімейної медицини, розроблення перспективної моделі надання на засадах фонду утримання ПМСД закладами сімейної медицини, формування кадрового потенціалу закладів загальної лікарської практики/сімейної медицини, забезпечення організації надання всіх видів медичної допомоги за скеруванням лікарів сімейної медицини, забезпечення проведення комплексних медико-соціальних заходів щодо зміцнення здоров'я кожного члена сім'ї та громади, формування здорового способу життя [4].

Передбачалося, що здійснення окреслених цією програмою заходів дасть змогу: поліпшити стан здоров'я населення, знизити рівень передчасної смертності та інвалідності за рахунок ефективного використання ресурсів охорони здоров'я та їх перерозподілу в напрямі ПМСД; посилити профілактичну спрямованість охорони здоров'я; підвищити якість, доступність і безперервність медико-санітарної допомоги міському та сільському населенню; провести структурну реорганізацію спеціалізованої, стаціонарної та швидкої медичної допомоги, що дасть можливість після виконання програми зменшити потребу в стаціонарній допомозі до 30%, у спеціалізованій амбулаторній допомозі до 40%, у швидкій медичній допомозі до 30%; залучити до розв'язання проблем охорони здоров'я широкі кола громадськості; змінити ставлення й підвищити відповідальність за здоров'я населення владних структур, працедавців та кожного громадянина [4].

Форми роботи сімейних лікарів були такими: лікар у відділенні міської поліклініки, в окремій бюджетній амбулаторії та приватний лікар. Саме остання модель виявилася найвигіднішою, причому не лише щодо підвищення якості медичних послуг і поліпшення матеріального становища медиків, а й з точки зору реальної економії, у т. ч. й на податках. Сімейний лікар, який веде приватну практику, як підприємець сплачує єдиний податок значно менший, ніж усі звичайні податкові відрахування в бюджетній сфері. Було проведено тендер і підписано договори з приватними сімейними лікарями – переможцями, які на той час уже мали ліцензії МОЗ України на надання відповідних послуг. Вартість таких послуг розраховується за так званим подушним нормативом – певна сума на кожного жителя, який обслуговується даним лікарем, з урахуванням демографічної структури населення, кваліфікації лі-

каря, умов розміщення амбулаторії тощо. У нормативі також передбачено кошти на проведення взаєморозрахунків за консультації вузьких спеціалістів, а також лікування в стаціонарі в разі планової госпіталізації, так зване часткове фондотримання.

Початковим етапом роботи була підготовка сімейних лікарів: Дніпропетровська медична академія провела в Комсомольську 6-місячні виїзні курси. А в 1998 р. відкрилася перша амбулаторія сімейної медицини, де працювали чотири лікарі. Через рік запрацювало сімейне відділення при міській поліклініці – п'ять лікарів обслуговували більше 11 тис. осіб. Скоро стали очевидними помилки в експерименті. Наприклад, до чотирьох лікарів амбулаторії було прикріплено близько 6,4 тис. пацієнтів, у т. ч. 1,4 тис. дітей. Різко зросли навантаження та відповідальність. Однак зарплата лікарів залишилася практично на попередньому рівні: сімейна практика додала до неї всього 12 грн на місяць. Через два роки медики наважилися на радикальні заходи – вони вирушили до мера з вимогою: "Якщо не хочете, щоб експеримент провалився, зробіть що-небудь". Мер Комсомольська О. Попов вирішив переробити модель сімейної медицини, скориставшись законом про місцеве самоврядування. На зміну державним сімейним лікарям прийшли приватні. За бажанням спеціалісти, що пройшли навчання на курсах сімейної медицини, ставали суб'єктами підприємницької діяльності – це давало їм можливість самостійно заробляти гроші [5].

Кожен з одинадцяти приватних лікарів сімейної медицини в Комсомольську має закріплених за ним 1500–1800 осіб, на лікування кожної з яких міська влада виділяє певну суму грошей на рік. На ці гроші сімейні лікарі утримують приміщення та обладнання, ремонтують його, оплачують електроенергію, комунальні послуги, купують медикаменти для надання невідкладної допомоги й забезпечення пільговиків, дезінфікуючі засоби, різні господарчі та канцелярські товари, оновлюють медичне обладнання. З цих грошей виділяється зарплата працівникам, а також оплачується вартість медичних послуг, наданих жителям дільниці в інших медустановах міста, лабораторні, діагностичні обстеження, консультації спеціалістів вузького профілю, лікування планових хворих у стаціонарах тощо. При цьому люди не платять за елементарні медикаменти. Для самих пацієнтів уся медична допомога, як і раніше, залишалася безоплатною.

Тому очевидно, що сімейному лікарю вигідно, щоб мешканці його дільниці менше хворіли, щоб у тих, хто має хронічні захворювання, не виникали ускладнення. Сімейному лікарю не вигідно працювати погано й доводити хворого до госпіталізації. Тим більше, що за кожного госпіталізованого через запущеність хвороби на лікаря накладається штраф, – за цим стежить спеціально створена комісія УОЗ міської ради. Сімейному лікарю вигідно постійно підвищувати кваліфікацію, щоб надавати пацієнтам якомога більший обсяг допомоги самостійно, адже те, що залишається після всіх витрат, – його до-

хід. Це, звичайно, не означає, що сімейний лікар упорається самостійно з усіма проблемами здоров'я сім'ї, але він зобов'язаний за умовами договору працювати якнайефективніше.

Якість надання медичних послуг сімейних лікарів контролюється. Кожен із них складає акт виконаних робіт перед спеціальною комісією УОЗ міської ради. Члени комісії вивчають показники й вирішують, яку саме суму сплатити лікарю в наступному кварталі. Показниками є: зниження рівня госпіталізації до стаціонару, зменшення кількості відвідувань лікарів-спеціалістів, зменшення викликів швидкої медичної допомоги. Якщо роботу сімейного лікаря оцінюють задовільно, то гроші переказують згідно з договором. Якщо ж виявляються недоліки, такі як госпіталізація, якої можна було уникнути завдяки вчасно проведеним профілактиці, направлення до спеціаліста із занедбаним станом хвороби тощо, сума зменшується.

Сімейний лікар живе і працює на дільниці, він самостійно формує штатний розклад амбулаторії, сам набирає собі медпрацівників, визначає з ними умови договору, легально отримує додаткові гроші за надання медичних послуг, не передбачених договором. Зручно це і пацієнтам, оскільки сімейний лікар живе на дільниці і пацієнти звертаються по допомогу цілодобово.

В укладеному з місцевим управлінням охорони здоров'я договорі зазначено, що управління є замовником медичних послуг, а сімейний лікар – їх виконавцем. Договір також передбачає, що приватні сімейні лікарі можуть самі заробляти гроші. Скажімо, послуги, не передбачені в договорі, автоматично стають платними [5; 6]. Зазначений договір базується на Положенні про закупівлю товарів, робіт та послуг за державні кошти, затвердженому відповідною постановою КМУ від 17.10.2008 р. № 921. Згідно з договором лікар повинен виконувати функції, передбачені для спеціальності "загальна практика – сімейна медицина", вести необхідну облікову та звітну документацію, дотримуватися планових економічних та статистичних показників лікувально-профілактичної роботи, термінів їх виконання [7].

У січні 2003 р. міська рада прийняла Концепцію другого етапу реформування медичної допомоги м. Комсомольська на 2002–2004 рр. (Концепція II), одним із завдань якої є залучення громадськості міста до прийняття політичних та управлінських рішень у галузі охорони здоров'я та контролю за їх виконанням. У рамках Концепції II було проведено соціологічне опитування мешканців міста з проблем організаційних аспектів роботи галузі, оцінювання населенням доступності і якості надання первинної медичної допомоги й участі громадськості в процесі управління галуззю.

У 2003 р. розроблено програму "Створення сучасної інноваційної моделі надання якісних медичних послуг населенню", яка стала переможцем Всеукраїнського конкурсу муніципальних проектів. Програма передбачає: налагодження взаємодії між органами місцевого самоврядування, громадськістю м. Комсомольська й вищими органами законодавчої та виконавчої влади

України з метою спільного опрацювання змін нормативно-правової бази охорони здоров'я, адаптації її до вимог часу, на основі вивчення досвіду системного реформування галузі охорони здоров'я міста; налагодження міжсекторальної взаємодії в інтересах розвитку охорони здоров'я населення міста; ефективного використання бюджетних ресурсів у галузі охорони здоров'я за рахунок оптимізації інфраструктури, формування ринкових відносин і конкурентного середовища на медичному просторі міста; поетапного переведення надавачів медичних послуг і служб забезпечення закладів на засади підприємництва; застосування механізмів громадського нагляду за роботою галузі охорони здоров'я; громадського моніторингу оцінювання якості медичних послуг з боку населення; використання зовнішнього незалежного інструментарію інформаційно-аналітичної підтримки прийняття управлінських та політичних рішень у галузі охорони здоров'я міста; впровадження автоматизованої системи управління охороною здоров'я міста та інформатизації охорони здоров'я міста.

Польове дослідження у м. Комсомольську розпочато з того, що проводилось опитування мешканців на вулицях міста з метою дізнатись адреси амбулаторій сімейних лікарів, проте мешканці (яких було опитано на вулиці) знали місце розташування своїх поліклінік, у яких вони обслуговуються, але нічого не знали про запровадження в їхньому місті сімейної медицини. Таку необізнаність пересічних людей із запровадженням сімейної медицини в державі було підтверджено і загальнонаціональним опитуванням. Далі було прийнято рішення отримати інформацію про розташування амбулаторій сімейних лікарів у працівників поліклініки. Найближча поліклініка займала частину приміщень дитячого садка і, власне, була поліклінікою сімейної медицини. Проте сімейний лікар, яка вела прийом, відмовилася від інтерв'ю, пояснюючи це тим, що в їхній поліклініці немає справжньої сімейної медицини і що крім назви нічого не змінилося. Це підтверджено і проведеними інтерв'ю із сімейними лікарями Житомирської області. Однак ми отримали адресу амбулаторії "справжніх" сімейних лікарів у Комсомольську, одних із перших приватних сімейних лікарів України. Було проведено включене спостереження за функціонуванням амбулаторії сімейного лікаря протягом робочого дня та глибинне інтерв'ю з одним із сімейних лікарів амбулаторії. Експерт – один із перших приватних сімейних лікарів України, чоловік середнього віку, який прийшов у сімейну медицину після перекваліфікації з педіатрії і працює вже 11 років сімейним лікарем.

З інтерв'ю з експертом ми дізналися, що запровадження сімейної медицини в Комсомольську почалося з ініціативи місцевої влади у зв'язку з тим, що *"десять років тому в нас була в місцевій раді депутатська фракція медичних працівників... серед депутатів 15 було медиків, так сталося, що фракція була найсильніша..."*

Для того щоб працювати сімейними лікарями, лікарі пройшли шестимісячні безкоштовні курси перекваліфікації без відриву від роботи. У сфері сімейної медицини вони працюють уже понад 11 років, з 2001 р. надають медичну

допомогу на засадах договору після того, як отримали ліцензії МОЗ України на здійснення приватної практики й зареєструвалися як приватні підприємці. Сімейні лікарі цієї амбулаторії одні з перших в Україні отримали ліцензії на приватну медичну практику. *"Тобто ми перші в Україні брали ліцензії. Було написано, що всі форми власності рівні, тому ми пройшли ту процедуру по триманню ліцензії, яка була три роки. Ну зараз ми уже третю ліцензію отримали"*.

Щодо отримання ліцензії на сімейну медицину експерт вважає, що необхідно спростити процедуру, передавши її до компетенції місцевої влади. *"Моє таке бачення, що треба це опускати на рівень місцевої влади... чого я должен їхати за цих дев'ять земель, отримувати цю ліцензію..."*

Дільниця сімейних лікарів, яку вибрано для дослідження, міститься в "спальному" районі м. Комсомольська. Організаційно створення однієї з перших амбулаторій сімейної медицини в м. Комсомольську, та й в Україні загалом, мало такий вигляд: сімейні лікарі самостійно розробляли проект своєї амбулаторії. *"...нам місцева влада виділила трикімнатну квартиру на першому поверсі жилого будинку, який тільки був збудований. Тому ми зробили проект, пристроїли пандус, пристроїли тамбур... зробили свій особистий проект"*. Амбулаторія сімейних лікарів міститься на першому поверсі багатопверхового будинку і функціонує шість днів на тиждень, крім неділі. На наданих місцевою владою в безоплатну оренду 100 м² розташовані долікарський і лікарський кабінети, процедурний і реабілітаційний кабінети, ізолятор. *"Працюємо, по великому рахунку, по приписному принципі... у нас радіус – триста метрів, і ми тут і проживаємо"*. Такий малий радіус обслуговування є надзвичайно вигідним для пацієнтів.

Сімейні лікарі досліджуваної амбулаторії, як і велика частина сімейних лікарів України (друга за чисельністю після терапевтів) загалом, перекваліфікувалися з педіатрів. Основним мотивом перекваліфікації педіатрів на сімейних лікарів була мала заробітна плата педіатрів, прагнення краще фінансово забезпечити власні сім'ї, освіту дітей. (Зрозуміло, що діти таких лікарів не продовжують справу батьків, а обирають інші, більш оплачувані фахи.) *"Я думаю, що одне з основних питань – це була скрута, фінансова криза, розруха повна в медицині українській, я не бачив вже виходу, що можна було в педіатрії зробити. Дітки вже підросли. Треба було надавати їм освіту..."*

Експерт зауважив, що між педіатрією й сімейною медициною є відмінність, і для оволодіння цією спеціальністю потрібен час і досвід. *"У нас тандем такий сімейних лікарів... До цього працювали двадцять три роки педіатрами дільничними, тобто дільничну службу знали хорошо, але педіатрія – це одне, а сімейна медицина, та ще й загальна практика – це зовсім друге. Прийшлося оволодіти... розширяти сферу обслуговування"*.

Робота амбулаторії організована так, що спочатку пацієнтів приймає медсестра: міряє тиск, температуру, зважає малюків, а потім відбувається консультація сімейного лікаря. Як правило, пацієнти вибирають одного із

сімейних лікарів амбулаторії, до якого мають більшу симпатію чи за гендерною ознакою, і обслуговуються в нього, але в нагальних випадках не має значення, який з лікарів надасть допомогу чи консультацію. У сімейних лікарів є троє помічників: дві медичні сестри і процедурна медсестра, є також технічні працівники, а останнім часом кілька годин працює і статист, адже паперова робота займає надто багато часу, і таке навантаження не завжди дає сімейному лікарю змогу займатися надзвичайно необхідною профілактикою. Адже приватні сімейні лікарі повинні звітувати перед численними фондами, управлінням охорони здоров'я і податковою інспекцією. *"...Попрацювавши десять років, чесно скажу, що треба на кожного лікаря мінімум п'ять медичних сестер. Не тільки медичних, а таких статистичних..."* (для складання численних статистичних звітів. – Авт.).

Щоб отримати прибуток від своєї діяльності, сімейні лікарі досліджуваної амбулаторії у вільний від прийому своїх пацієнтів час проводять рефлексотерапію, елементарні офтальмологічні і лор-процедури, не включені в договір, а також консультують пацієнтів з-поза дільниці. Крім того, вони самостійно ведуть господарську діяльність, перерозподіляють гроші зі статті на статтю та зацікавлені в міцному здоров'ї пацієнтів – тоді більше грошей залишається на розвиток амбулаторії. *"Крім подушного фінансування, ми надаємо платні послуги пацієнтам, які не ввійшли у кількість людей по договору... Люди, які бажають у нас обслуговуватися за свій власний кошт, – ми їм назначаємо час, день, узгоджуємо фінансові всі питання, видаємо їм квитанції, звітуємося через налогову".*

Щодо кількості пацієнтів на дільниці, то експерт зазначив: *"Оптимальна кількість пацієнтів... згідно наказу – це півтори тисячі. Я думаю, що це багато. Я думаю, що хоча би опускати треба до тисячі..."*

Однією з проблем впровадження сімейної медицини був страх лікарів-спеціалістів втратити пацієнтів та їх "прихована" негативна оцінка таких реформ. За словами експерта: *"По горизонталі чувтувалася недовіра (лікарів-спеціалістів. – Авт.): "А до кого ви пішли лікуватися?" Люди розказують – слухаєш і дивиєшся: ми ж всі колеги, ну промовчи ти, раді Бога, хто ж, як кажуть, за язик тягне? Все було протягом десяти років, но таких явних антагоністичних проявів ми майже не бачимо. Чи то вже вони (лікарі-спеціалісти. – Авт.) змирилася, чи то вже ми змирилися, чи то вже дві сторони змирилися".*

Експерт оцінює роботу своєї амбулаторії за десятибальною шкалою на дев'ять: *"Я сміливо можу поставити нашій амбулаторії дев'ять балів, тому що цей об'єкт новий... медичне забезпечення повністю... в нас медикаменти – всігди як треба і що треба. Ми не допускаємо, щоб у нас була черга".*

Щодо обсягу надання медичних послуг експерт вважає, що в його амбулаторії вирішуються 80% проблем пацієнтів: *"Якщо взяти мою амбулаторію, де ми максимально приближені до пацієнта, що ми находимось у дворі дільниці,*

то нашим пацієнтам не треба ходити ні до терапевта, ні до окулістів, ні до лорів, невропатологів, ні до гінекологів, тому що у нас тут є все. Та наші пацієнти по великому рахунку уже й скору не визивають. Ми вирішуємо питання, зараз – 80% від усіх потреб... отут, у своїй амбулаторії. Людина за 10 минут – вона пішла з моєї амбулаторії, отримала лікування професійне".

Основа сімейної медицини – це профілактична робота, запобігання захворюванням та зміцнення здоров'я мешканців дільниці. *"Ну, значить, профілактична робота, напевно, це воно должно бути, не напевно, а воно должно бути на першому плані... це праця на випередження, праця по виявленню, по попередженню і так далі, і так далі. Бесіди... ну, ми їх вже майже не замічаємо, тому що з кожним пацієнтом закінчуємо роботу якоюсь порадою – це і є бесіда... А в останній час ми використовуємо місцеву пресу, пишемо, допустім, невеликі статті..."*

Щодо організаційних проблем сімейної медицини експерт зазначив: *"Так, запровадили сімейну медицину в місті Комсомольську, десять років запровадили, коли практично сіли записати, що... в трудову книжку, оказалось, що посади сімейного лікаря немає. Міністерство охорони здоров'я ще не видало наказ. От так... Розширивши повноваження сімейного лікаря... по-моєму, залишили абсолютно старе время огляду пацієнта. Тринадцять хвилин на людину, за час – п'ять осіб. Як їх можу... прийняти ці п'ять осіб в час, коли мені треба зробити... огляд, мені треба кардіограму зробити... групу крові перевірити. Ще багато-багато там чогось нацепляли, не змінили... Ну як то так? Десять років уже сімейна медицина єсть, а не переглянуті загрузки ці".*

Конфлікти та стосунки з пацієнтами експерт пояснює так: *"Треба працювати над собою, працювати з пацієнтом, поважати пацієнта, його думку враховувати".* Головним у взаємовідносинах лікаря з пацієнтом сімейний лікар вважає довіру: *"Якщо є, допустім, довіра между пацієнтом і сімейним лікарем, то результати набагато більші".*

Щодо перспектив сімейної медицини, то експерт вважає, що це очевидно, але для її розвитку потрібні кошти. *"Ну, не ми ж відкриваємо сімейну медицину. Вона ж уже відкрита. Воно ж економічно обоснована. Мені приємно, що я можу надати отакий об'єм допомоги медичної. Ну і пацієнти... пацієнти чувствують відношення і так далі. Я вважаю, що за сімейною медициною, як у багатьох державах світу, так само і в нас в Україні, думаю, що вона буде повнокровна і всесильна, якщо дадуть гроші. На десять гривень збільшили посадовий оклад медичної сестри і так само лікаря. Ну хто туди прийде працювати? Та ніхто не прийде! Люди працювати не будуть! ...Ну от такі проблеми".*

Щодо оплати праці сімейним лікарям, то, на думку респондента: *"Лікар должен получать три тисячі доларів, а медична сестра – дві тисячі. Тоді можна говорити, що медична галузь буде укомплектована штатами: появляться і медсестрички, появляться і бажані після інституту бути, з'являть-*

ся в ролі лікаря первинного, сімейного лікаря загальної практики... надавати первинну медичну допомогу".

Можна сказати, що сімейна медицина в Комсомольську відбулася. Соціологічні опитування показують: більшість мешканців задоволена якістю медичної допомоги [5]. Доцільність існування такої моделі доведена позитивними результатами роботи приватних лікарів. Це – зниження загального показника смертності, первинної інвалідизації у працездатному віці, підвищення індексу здоров'я у дітей віком до одного року на закріплених дільницях. Рівень госпіталізації в стаціонар та кількість викликів швидкої медичної допомоги в пацієнтів приватних лікарів також значно менші, ніж у їхніх колег, які працюють у бюджетній сфері. Це пов'язано з тим, що дохід приватного лікаря безпосередньо залежить від обсягу та якості наданих послуг, показників здоров'я жителів дільниці та раціонального використання матеріально-технічних ресурсів. Максимальна наближеність до пацієнтів для надання вчасної медичної допомоги, належна кваліфікація та задовільне оснащення робочого місця, прагнення працювати якнайкраще – основні складові ефективної роботи [7].

У результаті в Комсомольську вдалося досягти вражаючих, якщо брати в масштабах країни, результатів. Медична допомога стала доступнішою, на 20% зменшилася кількість хворих у стаціонарах, на 30% – викликів "швидкої допомоги", на 25% – відвідання вузьких спеціалістів, заощаджено бюджетні кошти, і це значна економія. Випадків госпіталізації в мікрорайоні, де працює сімейний лікар, набагато менше, до того ж сімейний лікар контролює і процес лікування пацієнта в стаціонарі. Висновок напрашується сам собою: запровадження нової системи дає значну економію коштів [8].

Для порівняння, у 2010 р. лікарями ЗП/СМ усіх закладів, що працюють на засадах сімейної медицини, було проліковано (на рівні обслуговування лікаря ЗП/СМ) 20 493 964 пацієнтів. Хочеться звернути увагу на те, що зростає кількість викликів швидкої медичної допомоги до хворих з хронічною патологією на території обслуговування лікаря ЗП/СМ, що становить 568 559 у 2010 р. проти 522 746 у 2009 р., та значно зростає у 2010 р. кількість померлих від інфаркту міокарду (8298 проти 5734 у 2009 р.) на території обслуговування лікаря ЗП/СМ [9], що показує значне погіршення якості ПМСД та зростання витрат на охорону здоров'я.

Розв'язання потребують такі проблеми: 1) матеріально-технічне забезпечення, фінансування закладів сімейної медицини та матеріальна мотивація лікарів до сімейної медицини; 2) потребують перегляду старі розрахункові норми обслуговування для лікарів загальної практики – сімейної медицини – п'ять відвідувань на одну годину прийому в поліклініці з навантаженням у 1400–1500 осіб на одного лікаря згідно з наказом МОЗ України від 23.02.2001 р. № 72 "Про затвердження окремих документів з питань сімейної медицини", від чого передусім потерпає якість профілактичної та

санітарно-просвітницької роботи [7]; 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 асигнувань на охорону здоров'я; відсутність у суб'єктів надання медичних послуг приватної форми власності права видачі листків непрацездатності та довідок про непрацездатність, виписування рецептів суворої звітності, використання та зберігання вживанню наркотичних, психотропних медикаментів і прекурсорів; відсутність нормативно-правового забезпечення використання строкових трудових договорів при наймі працівників у галузі охорони здоров'я; відсутність взаєморозрахунків між медичними закладами, у т. ч. які фінансуються з бюджетів різних рівнів; складність, тривалість і затратність процедури отримання ліцензії на приватну медичну практику, у т. ч. на послуги первинної медичної допомоги [3, с. 47]; 5) проблеми для конкретного приватного сімейного лікаря: не кожен лікар зможе витримати фізичне та моральне навантаження, працюючи в нових умовах; до існуючої 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 взаєморозрахунках із закладами охорони здоров'я лікар може залишитись із низьким доходом; за ефективної праці існує загроза спровокувати соціальне напруження серед колективу медпрацівників; частина вузьких спеціалістів може стати "зайвою ланкою"; є ризик отримати мінімальну пенсію за віком [6, с. 52].

За Щепанським, успішність функціонування соціальних інститутів залежить від таких умов: а) від чіткого визначення мети та обсягу функцій. Якщо функція інституту визначена нечітко, він не може без конфліктів включитися в глобальну систему інститутів і наштовхується на різні протидії; б) від раціонального розподілу праці і раціональної її організації; в) від ступеня деперсоналізації дій і об'єктивізації функцій; г) від визнання і престижу, які він має в очах всієї групи чи переважної її частини; д) і, нарешті, від безконфліктного включення в глобальну систему інститутів [10, с. 97–98].

Можна стверджувати про успішність інституціоналізації сімейної медицини у м. Комсомольську Полтавської області, оскільки було чітко сформульовано мету і обсяг функцій цього інституту, а також його взаємовідносини з іншими медичними структурами; відбувся раціональний розподіл праці на рівні надання первинної медико-санітарної допомоги та раціональна організація праці завдяки запровадженню статусу приватного підприємця для сімейного лікаря, а також залежності від ефективності праці його доходу; відбулося визнання та підвищення престижу інституту сімейної медицини в очах пацієнтів і громади.

Отже, можна виокремити такі структурні чинники дієвості інституту сімейної медицини в м. Комсомольську.

Економічні:

— Надання сімейним лікарям статусу приватних підприємців для можливості самостійно заробляти гроші.

— Фінансування через виділення певної суми коштів на кожного мешканця дільниці, якого обслуговує даний лікар.

— Запровадження так званого часткового фондотримання – взаєморозрахунків за консультації вузьких спеціалістів, а також лікування у стаціонарі.

— Послуги, не передбачені в договорі, автоматично стають платними; також платним є консультування пацієнтів з-поза дільниці.

— Безоплатна медична допомога для мешканців дільниці.

Мотиваційні:

— Постійне підвищення кваліфікації сімейного лікаря для надання пацієнтам якомога більшого обсягу медичної допомоги самостійно, адже те, що залишається після всіх витрат, – його дохід.

— Зацікавленість у здоров'ї мешканців дільниці та проведенні профілактики, запобіганні хворобам – тоді більше грошей залишається на прибуток.

— Постійне підвищення якості медичних послуг, що надаються для приваблення пацієнтів, і підвищення престижу амбулаторії та збільшення кількості потенційних пацієнтів.

— Безпосередня залежність доходу від обсягу та якості наданих послуг, показників здоров'я мешканців дільниці та раціонального використання матеріально-технічних ресурсів.

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 час на "дорогу" до пацієнта.

— Участь громадськості в процесі оцінювання доступності і якості надання первинної медичної допомоги.

Запровадження приватної сімейної медицини у Комсомольську показало, що така організація первинної медико-санітарної допомоги дає можливість поліпшити якість, збільшити доступність первинної медичної допомоги і при цьому оптимізувати саму галузь та раціонально використовувати кошти, що виділяються на охорону здоров'я. Цей пілотний проект дав можливість виявити структурні чинники дієвості приватного інституту сімейної медицини, які можна використати для подальшого вдосконалення та розвитку сімейної медицини на рівні держави, зокрема нині цей досвід використовується

колишнім мером м. Комсомольська і теперішнім головою КМДА О. Поповим при відкритті амбулаторій сімейних лікарів у м. Києві.

1. Рішення Комсомольської міської ради від 08.03.1997 р. "Про затвердження Концепції забезпечення населення м. Комсомольська медичною допомогою та раціоналізації системи охорони здоров'я у період фінансово-економічної кризи" [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://mozdocs.kiev.ua>
2. Про затвердження медичних закладів м. Комсомольська Полтавської області експериментальною базою з організації медико-санітарної допомоги населення на засадах сімейної медицини : наказ МОЗ України від 06.08.1998 р. № 242 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : www.moz.gov.ua
3. Попов О. П. Досвід реформування первинної медико-санітарної допомоги на муніципальному рівні / О. П. Попов // Главврач. – 2004. – № 6(38). – С. 44–47.
4. Про затвердження Програми "Сімейна медицина" : рішення Комсомольської міської ради Полтавської області : V сесія XXIII скликання від 16.08.1998 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://mozdocs.kiev.ua>
5. Что прописать Минздраву? [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.expert.ua/articles>
6. Файда М. М. Досвід роботи сімейного лікаря м. Комсомольськ Полтавської області / М. М. Файда // Главврач. – 2004. – № 6(38). – С. 51–53.
7. Крок до ефективної медицини – розвиток первинної медичної допомоги. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.apteka.ua/article>
8. Семейная медицина в отдельно взятом регионе // Аптека. – 2000. – № 252(31) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.apteka.ua/online/14922>
9. Ситуаційний аналіз розвитку сімейної медицини в Україні. 2010 рік / за ред. Г. О. Слабкого ; МОЗ України ; Український інститут стратегічних досліджень. – К., 2011. – 28 с.
10. Щепанский Я. Элементарные понятия социологии: пер. с польск. / Я. Щепанский. – М. : Прогресс, 1969. – 130 с.

Транслітерований список джерел

1. Rishennja Komsomol's'koi' mis'koi' rady vid 08.03.1997 r. "Pro zatverdzhennja Konceptii' zabezpechennja naseleennja m. Komsomol's'ka medychnoju dopomogoju ta racionalizacii' systemy ohorony zdorov'ja u period finansovo-ekonomichnoi' kryzy" [Elektronnyj resurs]. – Rezhym dostupu : <http://mozdocs.kiev.ua> [in Ukrainian]
2. Pro zatverdzhennja medychnyh zakladiv m. Komsomol's'ka Poltavs'koi' oblasti eksperymental'noju bazoju z organizacii' medyko-sanitarnoi' dopomogy naseleennja na zasadah simejnoi' medycyny : nakaz MOZ Ukraïny vid 06.08.1998 r. № 242 [Elektronnyj resurs]. – Rezhym dostupu : www.moz.gov.ua [in Ukrainian]
3. Popov O. P. Dosvid reformuvannja pervynnoi' medyko-sanitarnoi' dopomogy na municypal'nomu rivni / O. P. Popov // Glavvrach. – 2004. – № 6 (38). – S. 44–47. [in Ukrainian]

4. Pro zatverdzhennja Programy "Simejna medycyna" : rishennja Komsomol's'koi' mis'koi' rady Poltavs'koi' oblasti : V sesija HHIII sklykannja vid 16.08.1998 r. [Elektronnyj resurs]. – Rezhym dostupu : <http://mozdocs.kiev.ua> [in Ukrainian]
5. Chto propisat' Minzdravu? [Elektronnij resurs]. – Rezhim dostupu : <http://www.expert.ua/articles> [in Russian]
6. Fajda M. M. Dosvid roboty simejnogo likarja m. Komsomol's'k Poltavs'koi' oblasti / M. M. Fajda // Glavvrach. – 2004. – № 6 (38). – S. 51–53. [in Ukrainian]
7. Krok do efektyvnoi' medycyny – rozvytok pervynnoi' medychnoi' dopomogy [Elektronnyj resurs]. – Rezhym dostupu : <http://www.apteka.ua/article> [in Ukrainian]
8. Semejnaja medicina v otdel'no vzjatom regione // Apteka. – 2000. – № 252 (31) [Elektronnij resurs]. – Rezhim dostupu : <http://www.apteka.ua/online/14922> [in Russian]
9. Sytuacijnyj analiz rozvytku simejnoi' medycyny v Ukrai'ni. 2010 rik / za red. G. O. Slabkogo ; MOZ Ukrai'ny ; Ukrai'ns'kyj instytut strategichnyh doslidzhen'. – K., 2011. – 28 s. [in Ukrainian]
10. Wepanskij Ja. Jelementarnye ponjatija sociologii / per. s pol's. – M. : Progress, 1969. – 130 s. [in Russian]

Отримано 27.08.12

I. M. Mazhak, канд. соціол. наук

СТРУКТУРНЫЕ ФАКТОРЫ ДЕЙСТВЕННОСТИ ЧАСТНОЙ
СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ (кейс-стади исследование)

При помощи метода кейс-стади определены структурные факторы действенности частной семейной медицины в г. Комсомольске Полтавской области, где проведена успешная институционализация семейной медицины.

Ключевые слова: первичная медико-санитарная помощь, институт семейной медицины, семейный врач, частная семейная медицина, структурные факторы действенности.

I. M. Mazhak, Candidate of Sociological Sciences

STRUCTURAL FACTORS of EFFECTIVENESS of PRIVATE FAMILY
MEDICINE (case-study)

With the help of case-study research structural factors of private family medicine efficacy has been defined in Komsomolsk Poltava region where successful institutionalization of family medicine has been carried out.

Keywords: primary healthcare, family medicine institute, family doctor, private family medicine, structural factors of effectiveness.