

**ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА МОДЕЛЕЙ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ
ДЕЯКИХ КРАЇН ТА МОЖЛИВІСТЬ ЇХ ВПРОВАДЖЕННЯ В УКРАЇНІ****Чопей І.В.***Ужгородський національний університет, м.Ужгород***Ключові слова:** сімейна медицина, реформа охорони здоров'я

Вступ. Здоров'я населення є багатогранною категорією, що виражає ступінь розвитку суспільства, є основою якості життя і водночас похідною від соціального, культурного, економічного, політичного та природного середовищ. У міжнародній декларації охорони здоров'я, програмі ВООЗ "Здоров'я-21" проголошується, що "...покращення здоров'я і добробуту людей – кінцева мета соціального та економічного розвитку" [1]. Зменшення соціальної і економічної нерівності між державами, регіонами, групами населення визнано стратегічним напрямком збереження здоров'я [7, 8, 9, 11, 12]. За масштабністю заходів зрозуміло, що лише співпраця та скоординована діяльність міжнародних організацій, урядів країн, національних служб охорони здоров'я можуть служити основою для вирішення цих завдань [10, 12].

На сьогоднішній день Україна переживає кризовий період розвитку, ресурси країни вкрай виснажені, тому особливої актуальності набуває виваженість рішень, спрямованих на поліпшення ситуації в країні, зокрема збереження здоров'я нації [1, 2, 3, 4, 5, 6].

Матеріал і методи. Перший етап дослідження включав у себе аналіз програм та тривалості інтернатури (резидентури) в капіталістичних та постсоціалістичних країнах, які первинну медико-санітарну допомогу проводять за принципом сімейної медицини. На другому етапі дослідження була проведена порівняльна характеристика моделей роботи сімейних лікарів в таких країнах як Угорщина, Бельгія, США, Росія та Україна. Для реалізації задач дослідження спіробітники кафедри сімейної медицини факультету післядипломної освіти проходили неодноразове тривале стажування в цих країнах (Дебреценський та Будапештський університети Угорщини, Масачусетський та Портландський університети США та ін). При вивченні особливостей післядипломної підготовки межі дослідження були розширені і проводилися за спеціальною нами розробленою анкетною. Опитування проводилося на міжнародній зустрічі організацій – членів Міжнародної Федерації Асоціації Студентів-Медиків у Хорватському місті Опатія.

Результати дослідження та їх обговорення. У більшості країн післядипломна підготовка поділяється на наукову та професійну. Одночасно займатися професійною і науковою кар'єрою можна у таких країнах як Німеччина, Словенія, Голландія, Швеція, Мальта. Особливо така підго-

товка заохочується у Фінляндії. З іншого боку лише частково це можливо у Бразилії і не практикується в Англії. До кандидатів на проходження післядипломної підготовки існують певні вимоги. Для наукового вдосконалення у таких країнах як Чехія, Голландія, Швеція, Фінляндія необхідно скласти вступний іспит, зайнятися дослідницькою діяльністю, мати попередні наукові роботи чи публікації. На відміну від такої системи у Англії, щоб працювати над програмою "Doctor of medicine", попередньо необхідно отримати згоду майбутнього наукового керівника (професора) в цій галузі. Зарахування також залежить від кількості місць з даного фаху. У Німеччині а Фінляндії важливу роль у процедурі відбору для навчання в аспірантурі відіграють особисті якості кандидата, персональні відносини з керівником та результати конкурсу між докторськими тезами. Цікаво, що відбір для професійної спеціалізації проводиться клініко-роботодавцем та за службовим інтерв'ю. Процедура наймання регулюється постановами Міністерства охорони здоров'я (Словакія, Чехія, Голландія, Фінляндія). У Німеччині відбір кандидатів проходить віч на віч із завідуючим відділенням обраної клініки. Особливістю для Мальти є те, що важливу роль відіграють результати іспиту на звання "Doctor of medicine", а в Англії ці іспити платні.

Щодо тривалості післядипломної підготовки за даними анкет, вона є різною у різних країнах, але всюди, без винятку, тривалішою, ніж на Україні.

Післядипломна медична освіта, окрім Мальти, існує у всіх вищезгаданих регіонах. Професійна і наукова кар'єра – це дві різні речі, але у більшості систем вони можуть комбінуватися. Чисто наукова післядипломна підготовка по строках коротша за професійну. Напружена ситуація на ринку праці привела до ускладнення для післядипломного навчання іноземних випускників та посилила конкуренцію.

Професійне становлення сімейного лікаря проходить загальні і спеціальні етапи. Хоч, що стосується спеціалізації в сімейній медицині, то тут немає єдиного правила. Існує думка, що сімейна медицина – це медицина без спеціалізації, тобто загальна медицина. Деякі дослідники в області сімейної медицини, зокрема, вважають ці поняття синонімами. Формування лікарів загальної практики відбувається відповідно до 7 – річного плану навчання без подальшого проходження інтернатури, у Бельгії, в той час як у

США, Угорщині та в більшості інших країн інтернатура триває 2-3 роки.

Як відомо, земська медицина виникла й успішно існувала в Росії. Земський лікар, на сучасний манер сімейний лікар – в цілому світі став основною фігурою охорони здоров'я – високопрофесійний інтерніст: терапевт – педіатр із глибоким генетико-імунологічним підходом до профілактики і лікування, фахівець, що володіє великим обсягом знань різних дисциплін.

Найбільш прийнятною моделлю сімейного лікаря перехідного періоду в цій країні є лікар загальної практики (ЛЗП), що працює в складі акушерсько-терапевтично-педіатричного комплексу скорочено АТПК. Ця структура вперше в Росії була введена до складу поліклінік у Самарській області.

Підготовка лікарів загальної практики в Росії – це багатоступінчаста, струнка і досить складна система. Навчання передбачає кілька етапів. Крім вузу, інтернатури й ординатури це ще і первинна спеціалізація, підготовка для роботи в АТПК. Кілька слів про те, що таке АТПК. При системі загальнолікарської практики майбутній сімейний лікар працює разом з акушером-гінекологом, терапевтом і педіатром. І усі разом надають медичну допомогу дітям і жінкам, підліткам і старим. Саме життя змусило організаторів охорони здоров'я впровадити подібні комплекси тобто спільну турботу про здоров'я пацієнта з обліком усіх його особливостей – від генетичних до психологічних. На кафедрі сімейної медицини університету його готують для роботи з групою практики, разом з акушером-гінекологом і педіатром. Основний блок дисциплін – внутрішні хвороби. Крім традиційних розділів внутрішньої медицини (пульмонологія, кардіологія, гастроентерологія) він містить у собі ендокринологію, інфекційні хвороби, фтизіатрію, професійні захворювання, елементи алергології. В основу підготовки покладені три принципи: індивідуальність, цілісність і єдність викладання. Система підготовки лікаря загальної практики передбачає можливості для професійного удосконалювання і навчання викладачів, створення підручників, посібників, посібників.

У досліджуваних капіталістичних країнах конкуренція за хворого дуже велика. Майбутні лікарі на останньому курсі університету, якщо вони хочуть стати сімейними лікарями, йдуть на практику до своїх колег і так сказати, зондують ґрунт. Якщо повезе, їх можуть узяти на роботу, у клініку сімейного лікаря, як стажистів, а потім і як рівноправних колег.

Але дуже часто гроші вирішують проблему конкуренції, і більш досвідчені лікарі віддають своїм молодим колегам своїх пацієнтів за визначену суму. Якщо утримаєш тих, кого придбав – добре, якщо ні – то починай спочатку.

Один знайомий угорський лікар відверто зізнався, що якби він краще учився, то був би лікарем – фахівцем. Для цього треба було більше часу проводити в лікарні, ходити в наукові

студентські кружки, і т.д., а він ледарював, от і довелося стати лікарем загальної практики.

Не тільки в Угорщині, але і у Франції, Бельгії наприклад, відношення до сімейних лікарів з боку колег-фахівців трохи нешанобливе. На цьому ґрунті в 1997 році по території Франції пройшла хвиля страйків інтернів. Справа в тім, що французький уряд установив порядок звертання пацієнтів за медичною допомогою. Відтепер пацієнт не має права звернутися по медичною допомогу до лікаря – фахівцю без попередньої консультації в сімейного лікаря. Тобто останній вирішує, йти пацієнту в лікарню чи ні.

Дослідженнями встановлено, що 90 % всіх пацієнтів у різних країнах світу починають і закінчують лікування на рівні лікаря загальної практики

У різних країнах світу серед усіх лікарів кількість лікарів загальної практики (сімейних лікарів) складає від 54 % у Франції-до 15 % в Іспанії. У США із 653 тис лікарів 39,2 % припадає на сімейних лікарів, а всі інші є лікарями-спеціалістами, на одного лікаря загальної практики припадає від 850 (Австралія) та 975 (Іспанія) мешканців до 2430 (Швеція) осіб. Кількість годин роботи лікаря загальної практики (сімейного лікаря) за тиждень коливається від 25 у Франції до 57 годин в Японії.

За кількістю консультацій за одну годину прийому найбільш інтенсивно лікарі загальної практики працюють в Японії – 5,7, а найменше Швеції, де мають 2,4 консультації.

Медична (амбулаторна) картка – основний документ в роботі сімейного лікаря в різних країнах різна, але виконує свої функції, що невід'ємно зв'язані з основними принципами сімейної медицини. У всіх країнах, які ми аналізували, вона є:

- показником якості роботи лікаря;
- юридичним документом.

В Угорщині, на відміну від США, більшість сімейних лікарів перейшли на комп'ютеризовану систему (спеціальна комп'ютерна програма, що представляє собою амбулаторну картку на дискеті; замінок на папері лікар узагалі не робить).

Іншим важливим документом, що лікар виписує на прийомі, є фіскальний чек. Це щось начебто нашого листка непрацездатності, тільки його не треба закривати, чи продовжувати одержувати під розписку в поліклініці. Лікарі його одержують поштою від податкової інспекції. Це схожий на блокнот документ з великою кількістю аркушів на зворотній стороні, який є дещо нагадує копірку: оригінал – для пацієнта, копія – для лікаря. У ньому лікар указує термін втрати працездатності (у деяких випадках відразу до двох тижнів, а можна і на місяць) і суму оплати за візит до лікаря.

У Бельгії існує три обов'язкових фонди страхування: за місцем роботи, військовий і християнський. У Бельгії приватне страхування не поширене, на відміну від США, тому що бельгійці довіряють державі більше, ніж собі.

Що стосується рецептури, то тут усе просто. Рецепти подібні фіскальному чеку, тобто, пред'явивши рецепт хворий має право на знижки на визначені ліки, бланк рецепта адаптований до виписки його за допомогою принтера, тому що лікар використовує інформатизовану медичну систему. Навіть наркотичні речовини для лікування наркоманії виписують на звичайних бланках з єдиним підписом і печаткою лікуючого лікаря. Такі ліки токсикомани одержують щодня в одній і тій же аптеці, як правило, у тій же районі, де і живуть. Документація для реєстрації аналізів біологічних речовин має типовий вид, де на одному бланку зазначені всілякі аналізи, проведені даною лабораторією. Бланки і контейнери (вакуумні пробірки, пластмасові баночки для сечі і калу) приходять поштою з лабораторії безкоштовно. Лабораторії в США та Бельгії – це приватні підприємства, де незалежно від лікувального закладу, працюють 10-15 чоловік. В Угорщині це, як правило, державні районні лікарні.

Що стосується клініки сімейних лікарів, де наші співробітники проходили стажування, як правило, вони були приватними і знаходилися у власності сімейних лікарів – їх засновників, або перейшли їм у спадок. У м. Амгерст лікар працював один з помічником і секретарем, у м. Корваліс – в клініці було 8 сімейних лікарів з штатом медсестер та медичних секретарів з лабораторією та рентгенівським кабінетом.

У картотечі м. Варполото (Угорщина) 2000 медичних карт, прийом веде лікар загальної практики – випускник медичного факультету Ужгородського національного університету. Допомогає їм у цьому 1 медсестра та 1 медичний секретар.

Деякі моменти про оплату праці. Жодних касових апаратів, пацієнт просто одержує фіскальний чек після пред'явлення якого у своїй страховій організації йому повертається 60% виплаченої суми. Якщо пацієнт приходить до лікаря, у Бельгії він платить близько 120 – 150 бельгійських франків, якщо лікар викликається додому, то ця сума подвоюється. Інша, так називана безгрошова система, існує цілком завдяки страхові. Якщо в архіві зареєстровано 4000 пацієнтів, то сімейна клініка одержує від системи страхування визначену суму на кожного пацієнта щорічно, навіть якщо він і не звертався по медичною допомогою.

В США система страхування надзвичайно складна і різномітна. Існують системи MEDICATE і MEDICARE. В останні роки оскільки вартість медичних послуг на ринку сягнула певної межі, з'явилося щось інтегративне між охороною здоров'я та страховою компанією, яке називається НМО. Діти, більшість пенсіонерів обслуговуються за рахунок цих страхових полісів, а громадяни працездатного віку повинні придбати дуже дорогу страховку, яка інколи становить біля половини сімейного доходу. Приблизно 13 млн (1996) американців не мали страхового полісу. В

залежності від наявності останнього і йде медичне обслуговування сімейним лікарем, але форма оплати безготівкова.

В Угорщині в залежності від віку конкретного жителя йому присвоюється певна кількість балів. Чим старший пацієнт, тим кількість балів більша, але вона не може бути більша трьох. За кожен бал сімейному лікарю щомісяця страхова компанія перечисляє на його особистий рахунок 150 форинтів (приблизно 55 центів). З цієї суми лікар утримує медсестру, транспорт, свою звробітну плату. Крім цього розроблена система за прийнятих хворих, карточки яких не знаходяться у даного лікаря. Середня кількість амбулаторних карточок коливається від 1000 до 2000. Цікаво, що в місті сімейний лікар не обслуговує дітей. Для більш – менш успішного сімейного лікаря в Угорщині потрібно щомісячно отримувати на рахунок 300-400 000 форинтів (приблизно 1100-1200 доларів США).

Отже, друга система запобігає безпосередній появі грошей на прийомі. Безумовно, це великий плюс, що стосується медичної етики. Але виникає інша, не менш важлива проблема, коли лікар може взагалі цілий рік не працювати, але одержувати пристойну зарплату, - немає матеріального стимулу, якість лікарської роботи знижується. Загалом, дебати продовжуються і рішення цього питання ще попереду. Оскільки це питання є основним для реформування первинної медико-санітарної ланки на ньому ми зупинимосяхи докладніше.

Взагалі існує три форми оплати, в тому числі сімейним лікарям:

1. Фіксована заробітна плата використовується в Україні, а також Росії, Норвегії, та інших Скандинавських країнах. Цей метод ґрунтується на договорі між джерелом фінансування та медичним працівником. Джерело фінансування виплачує заробітну плату та допомоги (пенсія, медичне страхування тощо), медичний працівник надає послуги на почасовій основі (повний чи неповний робочий день) за фіксовану плату, причому оплата праці не залежить від кількості наданих послуг.

2. Метод оплати окремих видів послуг (гонорар за послуги). Згідно з цим методом кожна надана медична послуга має певну суму оплати.

3. Оплата, залежно від кількості закріплених за лікарем пацієнтів (оплата на душу населення). В цьому випадку лікар загальної практики (сімейний лікар) зобов'язується надавати медичні послуги певній кількості окремих осіб чи сімей, а джерело фінансування - щорічно виплачувати певну суму за кожну особу чи сім'ю (угорський варіант).

Плата надходить певному медичному працівникові, який несе відповідальність за надання медичних послуг. Списки пацієнтів, що закріплені за окремими лікарями, затверджуються джерелом фінансування.

Вартість медичного обслуговування одного пацієнта за цим методом оплати праці визначається як відношення вартості послуг, що надаються

медичним працівником, до кількості населення, закріпленого за ним.

Цей метод оплати праці також не є досконалим. Переваги його в тому, що витрати на надання медичної допомоги можна передбачити, адміністративні витрати низькі, вартість лікування не залежить від вартості медичних послуг, є можливість стимулювати зростання надання медичних послуг, підвищення ефективності праці медичних працівників, а пацієнти через економічні важелі за умов конкуренції можуть впливати на медичних працівників. Недоліки методу: вірогідність ризику для джерела фінансування в зв'язку з тим, що плата за пацієнта надається медичному працівникові і тоді, коли пацієнт часто користується медичними послугами (наприклад, з хронічними захворюваннями), і в тому випадку, коли людина, закріплена за цим лікарем, не користується або рідко користується медичними послугами; можливість частого направлення пацієнтів до лікарів-спеціалістів; зацікавленість лікарів у залученні пацієнтів з низькою вірогідністю розвитку захворювання, що зумовлює можливість нерационального розподілу пацієнтів, і впливає на рівень навантаження лікаря. Запровадження цього методу оплати праці можливе за умов регулювання оплати праці залежно від віку, статі закріплених пацієнтів, контрактної системи надання медичних послуг.

Отже, найоптимальнішою для України могла б стати оплата праці лікарів ПМСД залежно від кількості закріплених за лікарем пацієнтів (оплата на душу населення). Цей метод має цілу низку переваг у порівнянні з попередніми в зв'язку з тим, що можна точно обчислити загальну суму виплат медичним працівникам і передбачити їх у бюджеті. Спостерігається тенденція до сприяння ефективнішому медичному обслуговуванню пацієнтів, тому що і лікар, і пацієнт зацікавлені в своїх відносинах, метод дозволяє забезпечити оплату праці медичних працівників залежно від результатів і якості надання медичних послуг.

Є і інші підходи до формування заробітку сімейного лікаря. Один з найпоширеніших (досвід Львівської й Івано-Франківської областей) – сімейний лікар має колишній тарифний оклад плюс гонорари від населення.

Необхідно відразу рішуче сказати – цей підхід невірний.

У Львівській області 60% опитаних висловили згоду доплачувати за медичну допомогу. У інших містах таких всего 4%, тому медикам нічого будувати свої плани в надії на гонорари. Загалом, майбутні сімейні лікарі, знаючи реальне життя населення, це добре розуміють.

Світова практика сформувала три моделі діяльності лікаря загальної практики (сімейного лікаря)

- індивідуальна практика (лікар і середній медичний персонал);

- групова практика (декілька лікарів загальної практики об'єднано в групи, що дозволяє зекономити кошти, організувати взаємозаміну поміж со-

бою, вести деяку спеціалізацію медичної практики);

- центри здоров'я (скандинавська модель- це амбулаторія загальної практики, іноді зі стаціонаром для людей похилого віку).

В Україні ще у 20-х роках ХХ століття в системі первинної медико-санітарної допомоги головною дійовою особою був дільничний лікар. Пізніше в первинну ланку ввійшли "вузькі" спеціалісти. І, як результат, – замість дільничного лікаря в первинній ланці з'явилися дільничний терапевт та інші лікарі-спеціалісти, які на сьогодні виконують роботу, доступну практично будь-якому лікарю з належною підготовкою.

Невірно представляти сімейного лікаря якимось генієм медицини. Такого немає в жодній країні світу. Сімейний лікар - це не висококваліфікований фахівець, як це разрекламували за необережністю, а лікар специфічної кваліфікації. Він повинний добре знати і вміти лікувати лише найпоширеніші захворювання з різних розділів медицини. Наприклад, гіпертонію і стенокардію з кардіології, цукровий діабет з ендокринології, радикуліт з неврології, спостерігати чи нормально протікає вагітність з гінекології, варикозну хворобу вен і фурункул з хірургії тощо.

Для того щоб сімейні лікарі в Україні не були жертвою компанії, заміною вивіски дільничного терапевта, педіатра на лікаря загальної практики на нашу думку необхідно наступне:

1. Забезпечити повсюдний перехід до організації медичної допомоги населенню за принципом лікаря загальної практики.

2. Терміново розробити концепцію інтелектуалізації самої системи сімейних лікарів. Необхідне ствердження нової ідеології, центральною ланкою якої є уявлення про особистість сімейного лікаря і передових медичних технологій. Витрати на підготовку сімейних лікарів варто розглядати як довгострокові інвестиції, а безперервне навчання повинне бути частиною процесу праці і навіть більш важливим, ніж практичний досвід, що (на жаль!) швидко застаріває.

3. Розробити та впровадити стаціонарзамісні технології лікування (СЗТЛ). Необхідно замінити примат лікарняної системи надання допомоги на амбулаторно-поліклінічні принципи охорони здоров'я. Не можна миритися з тим, щоб ліжко-день обходився платникам податків у десятки і сотні тисяч карбованців, з яких більш 70% витрачаються на готельні і комунальні послуги. Потрібна система донологічного моніторингу рівнів здоров'я – зі створенням необхідної інфраструктури для сімейних лікарів.

Усвідомлення всього цього повинне стати основою для зміцнення охорони здоров'я як одного з найважливіших показників.

4. Одним із основних принципів лікарів загальної практики повинен стати принцип збереження "здоров'я здорових" з введенням диспансеризації родин – сімейна диспансеризація.

5. Терміново вводити оплату праці сімейному лікарю, залежно від кількості закріплених за ним пацієнтів (оплата на душу населення).- угорський варіант, а для цього необхідно:

6. Ввести систему обов'язкового медичного страхування.

7. Для кожного лікаря загальної практики в сільській місцевості дозволити використовувати власний транспорт з компенсацією пального та забезпечити його коштами на пейджерний, мобільний чи сотовий зв'язок.

8. Зберегти поліклініки з традиційним набором фахівців в місті на перехідний період. Сімейний лікар зможе взяти на себе деякі функції фахівців тільки тоді, коли переконає пацієнтів у своїй компетентності, тобто, вибирати буде пацієнт.

9. Докорінно змінити систему навчання сімейних лікарів в інтернатурі з введенням самостійної практики в віддалених районах та ввести комплексний цикл нічних чергувань. Докорінно змінити програми перепідготовки для педіатрів та терапевтів. Підготовку сімейних лікарів проводити не тільки на післядипломному, але й на додипломному етапі. Такий підхід забезпечить краще освоєння практичних навичок, уміння надавати допомогу при невідкладних станах.

10. Спростити ведення сімейним лікарем обліково-звітної документації. Доцільно зберегти єдиний документ – електронну медичну карту амбулаторного хворого, яка включатиме:

- журнал диспансерного спостереження за хворим;
- щоденник роботи лікаря;
- документація щодо ведення денних і домашніх стаціонарів;
- паспорт дільниці амбулаторії;
- історію розвитку дитини;
- журнал спостереження за вагітними;
- журнал реєстрації лікарняних листів;
- журнал реєстрації втрати сімейної працездатності;
- журнал санітарно-освітньої роботи;
- журнал викликів додому;
- журнал оперативних втручань;
- журнал лабораторних досліджень;
- журнал функціональних досліджень і ЕКГ;
- журнал проведених фізіопроцедур;
- журнал профшеплення;
- журнал маніпуляцій.

Проблеми реформування амбулаторно-поліклінічної допомоги населенню хвилюють усю медичну громадськість. І не дивно: на догоспіальному етапі починають і закінчують лікування майже 80 % пацієнтів, відповідно саме тут зосереджена значна частина медичних кадрів.

Колись ми з задоволенням стверджували, що за числом лікарів та кількістю ліжок на 10 тис. населення наша медицина перевищує показники провідних країн світу. При цьому мало звертали увагу на якість надання медичної допомоги, умови перебування хворих у стаціонарах і поліклініках і т.д. Протягом багатьох років ситуація складалася

таким чином, що ні поліклініки, ні стаціонари не припиняли ріст захворюваності, росло число інвалідів.

Але ефективність охорони здоров'я залежить не тільки і не стільки від матеріальних витрат на галузь, скільки від організації лікувального процесу, якості підготовки фахівців. Адже в ідеалі хворобу простіше, та й дешевше попередити, ніж лікувати. Тому стало об'єктивною необхідністю перенесення центра ваги охорони здоров'я на поліклініку, безпосередню роботу з хворим і його родиною.

Необхідність реструктуризації первинної ланки заперечень не викликає. Однак весь цей складний і багатогранний процес поки прив'язується до заміни дільничного лікаря (терапевта, педіатра) на єдиного лікаря загальної практики (сімейного лікаря). Доцільність подібної заміни обговорюється вже кілька років.

В Україні вже існує деяка нормативно-правова база лікаря загальної практики, видана серія наказів МОЗ України, впроваджена інтернатура тощо.

На наш погляд, у першу чергу необхідно визначитися, який саме лікар потрібний для первинної ланки. Єдиний сімейний лікар загальної практики? Безперечно. Такий лікар необхідний у першу чергу для невеликих населених пунктів, де функціонують дільнична чи лікарня лікарська амбулаторія.

В містах на перехідному етапі можливо впровадити угорський або російський варіант сімейної медицини.

Важко погодитися з деякими пропозиціями, що потрібно створювати альтернативу поліклініці в особі лікаря загальної практики. Адже на організацію одного місця для роботи такого фахівця знадобляться великі кошти. Можна собі уявити, які додаткові витрати будуть потрібні, щоб число лікарів досягло більш-менш помітного рівня в обслуговуванні навіть частини населення.

Інша справа – конкуренція. Вона необхідна як засіб економічного впливу на якість діяльності лікарів поліклініки, але цей механізм доцільно використовувати для зміцнення і розвитку сформованої системи первинної допомоги, а не для її руйнування. Як пролунало в одній публікації, Європа і США йдуть до структури наших поліклінік і там сімейні лікарі об'єднуються в групові практики – своєрідний прообраз наших поліклінік.

У нинішніх умовах інтереси збереження вже досягнутого вимагають у край ретельного і дбайливого підходу до реформування охорони здоров'я, до того, що необхідно робити і як робити. Саме еволюційність повинна стати гарантом збереження наявних позитивних характеристик і їхньої адаптації до нових соціально-економічних умов.

Сформована в Україні ситуація вимагає, щоб у майбутньому стратегічним пріоритетом державної політики стало скорочення захворювань, поширення яких несе головну погрозу здоров'ю

громадян і національної безпеки. Це захворювання, що дають високі показники смертності й інвалідності, особливо серед людей працездатного віку: серцево-судинна патологія, травми, отруєння і нещасні випадки, новоутворення, а також захворювання, що являють особливу загрозу для здоров'я нації в цілому (наркоманія, туберкульоз, ВІЛ/СНІД). В реалізації цього основне навантаження буде на лікарів загальної практики.

Світовий досвід у цій проблемі свідчить про те, що США щорічно витрачають на охорону здоров'я 14 % від валового національного продукту або 2867 доларів на одного мешканця країни. І при таких великих витратах США займають 19-е місце щодо смертності немовлят і таке ж місце щодо очікуваної тривалості життя.

Уряд Канади виділяє на охорону здоров'я на 30 % менше коштів, ніж США, зате за смертністю немовлят показники там кращі.

Німеччина і Франція витрачають на потреби галузі майже вдвічі менше коштів, ніж США, а в рейтингу смертності немовлят посідають, відповідно, 7 і 8 місця.

Набагато кращими ці показники є в Японії, де витрати держави на охорону здоров'я становлять 44 %, порівняно з витратами США, але смертність

немовлят та тривалість життя сягають перших рангових місць у світі.

Висновки. Наведені дані свідчать про те, що не все залежить від рівня фінансування, багато чого є похідним від організації та управління медичною допомогою. Успіх у здоров'ї населення мають ті країни, де акцент у медичному забезпеченні зроблено на первинну ланку медичної забезпечення. У перехідний період до ринкової економіки оптимальним варіантом для України була б, на нашу думку, угорська або російська модель сімейної медицини. Таким чином, повинна відбутися не тільки відповідна реформа базового навчання в підготовці лікаря загальної практики, але і, що головне, необхідна радикальна зміна умов оплати праці працівників первинної ланки. Оплата лікаря загальної практики покликана бути на порядок вище оплати "вузьких" чи "інструментальних" фахівців, причому з обліком не тільки його лікувальної, але і профілактичної діяльності. Здоров'я – показник національного престижу, що стабілізує фактор довіри до всіх галузей влади, органів управління і політико-економічної системи в цілому. Здоров'я – необхідна умова високого трудового потенціалу, показник рівня культури, найбільш важливий критерій роботи сімейного лікаря.

ЛІТЕРАТУРА

1. Здоров'я-21. Основи політики досягнення здоров'я для всіх в Європейському регіоні ВООЗ. – Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВООЗ, 1999. -305с.
2. Москаленко В.Ф. Стратегія розвитку охорони здоров'я України до 2010 року// Поглиблення ринкових реформ та стратегія економічного розвитку України до 2010 року: Матеріали наук. конф.— К.: УкрІНТЕІ,1999. – Т. 2.,-ч.ІІ.- С.42-43.
3. Основи законодавства України про охорону здоров'я // Відом. Верховної Ради України.- 1993. – №4.- С.26-30.
4. Очередько О. М. Умови життя та стан захворюваності сільських сімей України, сценарні моделі збереження їх здоров'я. – Вінниця: УНІВЕРСУМ-Вінниця, 1998. – 310 с.
5. Охорона здоров'я в Україні: проблеми та перспективи // За ред.проф.В.М.Пономаренка.-Тернопіль:Укрмедкнига, 1999.-310 с.
6. Про основні напрямки розвитку трудового потенціалу в Україні на період до 2010 року: Указ Президента України // Урядовий кур'єр. – 19 серпня 1999 р.
7. Пономаренко В.М., Ціборовський О.М.Польченко В.І. Концепція реформування первинної медико-санітарної допомоги // Вісн.соц.гігієни та організації охорони здоров'я України.- 1999.-№1.-С.67-73.
8. Статистичний огляд основних показників здоров'я населення України та ресурсів охорони здоров'я за 1993-1997 роки. – Київ: АСТА Медика Україна, 1998. – 304 с.
9. Ціборовський О.М. Рекомендації щодо нормативів навантаження й оплати праці лікарів загальної практики (сімейних лікарів).-Житомир:Б.в., 1999.-С.75.
10. Черкаська С., Величко Н, Трудоактивність сільського населення та її зв'язок із рівнем здоров'я // Україна: аспекти праці. – 1997. – № 6. – С. 32-35.11. Copenhagen Declaration and Programm of Action. World Summit for Social Development (New York, 6-12 March 1995),-New York- United Nations. 1995. -212 p.
11. Coiffin for Europe's Tomorrow: health and the environment in the WHO European region WHO European Center for Environment and Health. – Sgarf iss. Verl., 1995- – 5;-17 p. 16 The World Health Report 1995 Priding the gaps, P-41. – New York. WHO, 1995.-80 p.

SUMMARY

COMPARATIVE CHARACTERISTIC OF FAMILY MEDICINE IN SOME CONTRIES AND THE POSSIBILITY OF INTRODUCTION OF THEM IN UKRAINE

Chopej I.V.

In the paper presented the various models of family medicine. There are done the conclusion about the adequate model for Ukraine in the transitive economic period.

Key words: family medicine, reform of system of public health services