

«Популярна вірусологія» – проект, спрямований на елімінацію вірусів свідомості, що являють собою спрощення, які, підкорюючи розум, примушують соціум працювати проти себе та бути на боці зла. Цього разу мова йтиме про сімейного лікаря – чергове запозичене ноу-хау, яке починаючи з 90-х років ХХ ст. у вигляді пропагандистського кліше наполегливо поширюється в народ з кабінетних надр.



## Сімейна медицина: вперед у минуле?

**Актуальність цієї проблеми пояснюється не лише спротивом (більше прихованим, аніж відкритим) до адміністративного запровадження інституту сімейного лікаря, але й низкою тектонічних зрушень у медичній сфері, які стануть неминучими і запровадять принципово нові (нові – не означає кращі) «правила гри», від яких постраждають усі, можливо, навіть ті, хто давно перейшов у сегмент приватної медицини. Виняток становлять лише ті громадяни України, які отримують лікування за кордоном.**

«Поняття «лікар загальної практики – сімейної медицини» утворилося еволюційним шляхом в історичних умовах часу в багатьох європейських країнах. Процес упровадження сімейної медицини в Україні – тривалий і непростий – почався з експерименту у Львівській області у 1987 р., коли у м. Дрогобичі було відкрито першу амбулаторію загальної практики – сімейної медицини. З 1995 р. триває підготовка сімейних лікарів за програмою, затвердженою Міністерством охорони здоров'я України», – такі дані про історію розвитку сімейної медицини на теренах колишнього СРСР представлені у Вікіпедії.

Підставою для реформування професійної діяльності дільничних лікарів (терапевтів та педіатрів) у системі первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) та проведення експерименту з підготовки лікарів загальної практики стали постанови Ради Міністрів СРСР «Основні напрямки розвитку охорони здоров'я населення і перебудови охорони здоров'я СРСР у ХІІ п'ятиріччі і на період до 2000 р.» від 19.11.1987 р. № 1318 та наказ МОЗ СРСР «Про проведення експерименту з підготовки лікарів загальної практики» від 08.12.1987 р. № 1284.

Поверхневий аналіз цієї інформації дає змогу зробити попередній висновок, що ідея впровадження інституту сімейного лікаря бере свій початок з «доукраїнських» часів. Це свідчить про певні проблеми у відомій радянській системі охорони здоров'я, створеній М.О. Семашко, – найкращій у світі моделі за результатами конференції ВООЗ (м. Алма-Ата, Казахстан, 1978 р.). Навіть більше – авторитетна світова медична інституція рекомендувала модель Семашка як форму організації ПМСД для інших країн, у тому числі й для тих, на які ми сьогодні рівняємося.

**Слід зауважити, що основою радянської охорони здоров'я була система надання амбулаторно-поліклінічної допомоги. Дільничний лікар був її центральною дійовою особою. М.О. Семашко зазначав: «Дільничний принцип дає можливість лікарю краще знати свою ділянку, умови праці та побуту свого населення, виявляти осіб, які часто і тривало хворіють, знати своїх пацієнтів, проводити не тільки лікувальні, але й профілактичні заходи, мати кращі методи боротьби з виникненням і поширенням інфекційних хвороб. Дільничний лікар у такому випадку стає домашнім лікарем, другом сім'ї». Створюючи посади дільничних лікарів, радник В.І. Леніна з медичних питань М.О. Семашко вважав, що це буде фактично сімейний лікар, який несе відповідальність за всіх мешканців на певній дільниці.**

Проблеми моделі Семашка і мотивації щодо запозичення інституту сімейного лікаря були детально описані академіком РАМН І.М. Денисовим у статті «Развитие семейной медицины – основа реорганизации первичной медико-санитарной помощи населению Российской

Федерации», опублікованій у 2007 р. у журналі «Главврач».

На думку вченого, система організації роботи поліклініки та умови діяльності дільничного лікаря в останні десятиліття не сприяли становленню його як кваліфікованого домашнього лікаря. Причиною цьому стала хвиля надмірної спеціалізації на рівні поліклінік, яка зруйнувала ідею створення спеціальності «домашній лікар» і привела до появи посади дільничного терапевта, який сьогодні надає хворим тільки терапевтичну допомогу й лише з обмеженого переліку захворювань. Цьому сприяла поява в поліклініках численного кола фахівців – пульмонологів, нефрологів, ендокринологів, алергологів, ревматологів, геронтологів, гастроентерологів та ін. Контролюючі органи, перевіряючи роботу дільничного лікаря, помічаючи недоліки в діагностиці та лікуванні, вважали основною причиною його помилок те, що він не направив хворого на консультацію до фахівця вузького профілю. Надалі дільничний терапевт почав направляти хворих до фахівців для «підстраховки», навіть за відсутності реальної потреби.

Окрім того, багато лікувально-профілактичних функцій та лікарських маніпуляцій (складових базової підготовки дільничного лікаря-терапевта) були передані іншим спеціалістам амбулаторно-поліклінічної ланки, що призвело до втрати спадкоємності (послідовності) в роботі дільничного лікаря-терапевта та інших спеціалістів при визначенні індивідуальної тактики збереження здоров'я пацієнта. Дільничний терапевт перестав бути центральною фігурою в первинній ланці охорони здоров'я і координатором «медичного маршруту пацієнта». Знизився його авторитет і зменшилася довіра до нього. Диференціація медичних спеціальностей в амбулаторно-поліклінічних закладах перетворила дільничного лікаря на свого роду диспетчера. Відсутність механізмів впливу на сім'ю, неадекватне ставлення пацієнтів до свого здоров'я і багато інших чинників не дали можливості втілити в життя ідею створення посади дільничного лікаря як центральної фігури охорони здоров'я. Поліклініка припинила відповідати за здоров'я пацієнта.

Обґрунтовуючи необхідність переходу до продукту капіталізму сімейної медицини, академік І.М. Денисов зауважив: «Не потрібно розглядати інститут сімейної медицини лише як найбільш економічний і раціональний спосіб організації медичної допомоги. Це механічний підхід. До людини, її здоров'я та хвороб необхідно мати інтегральний підхід. Це і є завдання лікаря загальної практики (сімейного лікаря)».

### Капітуляція «переможців»

Аналізуючи аргументи мотиваційної частини щодо запровадження процесу вдосконалення надання ПМСД, слід звернути увагу на беззастережну капітуляцію країни-переможця в організації надання первинного рівня медичної допомоги перед цивілізацією зиску і

капіталу всього за 9 років після всесвітнього визнання моделі Семашка найкращою. З'ясувалося, що продукт гуманізму виявився нестійким до процесів спеціалізації. Головна структурна одиниця амбулаторно-поліклінічної допомоги СРСР – дільничний лікар – перетворився на дільничного терапевта, який, делегувавши свої повноваження фахівцям вузького профілю, втратив авторитет, довіру та повагу у суспільства, залишивши пацієнта нічийним. Але справжньою катастрофою стала втрата інтегрального підходу в лікуванні хвороб. Невідомою також визнана доля самого інтегрального мислення, яке, залишивши первинний рівень, зникло у невідомому напрямку.

Відсутність інтегрального підходу у лікуванні хвороб та втрата інтересу до пацієнта з боку лікаря стали актуальними проблемами, які, на думку вищого медичного керівництва країни, можна вирішити лише завдяки сімейному лікарю – фахівцю, наділеному повноваженнями медичного нагляду за громадянином, в обов'язки якого входить лікування чітко визначеного спектра захворювань і проведення певного переліку обов'язкових маніпуляцій.

На сьогодні можна почути багато зворушливих висловлювань з вуст медичних функціонерів про те, як за кордоном сімейний лікар супроводжує людину від дня її народження до самої смерті (промовисте свідчення про рівень розуміння сімейної медицини), проте донині не відомо, в якій мірі сімейний лікар залишається джерелом інтегрального терапевтичного підходу на Заході. Більше того, Західна Європа та Північна Америка є епіцентром фахового подрібнення, і за логікою в цих країнах мали б відбутися аналогічні процеси занепаду та девальвації загальної медичної практики.

### «Перемога» сімейної медицини в США

Те, що процеси спеціалізації невпинно ведуть до занепаду «врачеванія», було відомо давно. За даними професора Роберта Веллейс (Університет Айови), у США до середини ХХ ст. майже всі лікарі займалися загальною практикою без обмежень. Аналогічна ситуація протягом ХІХ – початку ХХ ст. спостерігалася і в країнах Європи. Зруйнував порядок речей стрімкий розвиток медичної науки. Величезний об'єм накопичених знань примусив лікарів звужити спектр послуг: консультувати пацієнтів тільки з певним типом захворювань та проводити лише окремі види процедур. Вони створювали профільні організації залежно від обраної ними професійної сфери. До середини ХХ ст. налічувалося близько 24 таких колегій, і багато американських лікарів, відмовившись від загальної лікарської практики, виявили бажання отримати сертифікат фахівця. Ця тенденція підкріплювалася соціальними та економічними факторами: робота спеціаліста вузького профілю вважалася більш престижною в очах громадськості, краще оплачувалася порівняно з такою лікарів загальної практики. До 1950-х років не більше третини випускників вищих медичних навчальних закладів США отримували спеціалізацію лікаря загальної практики, причому цей показник продовжував знижуватися.

У відкритих джерелах, перекладених на українську/російську мову, можна знайти багато інформації про прозоріння американського народу, яке позначилося сплеском громадянської активності та «перемогою» сімейної медицини, яка у 1969 р., хоча й останньою (!) серед усіх інших спеціальностей, але все ж таки отримала формальне визнання шляхом створення Американського комітету загальної практики. Проте переможець реляції апологетів загальної медичної практики не повинні заважати розумінню логіки простих ринкових відносин. Ведучи мову про прозоріння американців, передусім йдеться про сімейних лікарів, які доклали чимало зусиль задля того, щоб вибороти собі «місце під сонцем» у конкурентній боротьбі з фахівцями вузького профілю, довівши свою необхідність пацієнтам та уряду. До речі, суспільна необхідність – це обов'язкова вимога для здобуття почесного звання представника вільної професії.

### Недосліджені сторінки радянської медицини

Наблизитися до визначеності у питанні доцільності чи недоцільності впровадження в Україні інституту сімейного лікаря можливо лише після чесного та об'єктивного аналізу радянського періоду розвитку медичної практики, принаймні тієї її частини, яка має відношення до обговорюваної теми.

Повертаючись у минуле, слід відзначити безпрецедентний крок радянської системи у напрямку доступності медичної допомоги усім без винятку верствам населення. Проблема доступності була вирішена шляхом створення «правил гри», які дали змогу вивести в медичну



сферу через соціальні ліфти необхідну кількість потрібної якості людей, структурувати їх у медичній ієрархії та примусити працювати на умовах служіння. З метою запобігання комерціалізації медичної діяльності був створений потужний державний репресивно-наглядовий апарат.

**Щодо якості лікування, то важливу роль відіграє спеціалізація в освіті та практиці, про що свідчить організація акушерської допомоги, яка наочно продемонструвала різницю в якості обслуговування вагітних: якщо в Австралії у 70-80-х роках ХХ ст. пологи під наглядом лікаря загальної практики були нормою, то в європейській частині СРСР – надзвичайною подією. На цьому прикладі важливо розуміти, що різниця у підходах до медичного супроводу роділлі пояснювалася передусім різницею в ефективності використання фінансових ресурсів (кількість та якість медичної допомоги на витрачений карбованець), яка в СРСР принципово відрізнялася у краший бік від країн, які зазвичай називаються економічно розвиненими. Аналогічні приклади можна навести й в інших сферах.**

Таким чином, процеси спеціалізації не обійшли стороною й СРСР. Більше того, країна «світлого майбутнього» навіть була в їх авангарді поряд з такими державами, як США, Канада, Австралія та ін. На рівні ПМСД дільничний лікар де-факто став кардіопульмонологом, передавши велику кількість повноважень спеціалістам вузького профілю. Технічний прогрес та спеціалізація ускладнили систему і, насправді, сприяли переміщенню амбітних і здібних людей у сегмент вузькопрофільної допомоги. Русійною силою цього процесу були й егоїзм пізнання, і творча енергія, і прагнення до досконалості, і престиж, і честолюбство.

Необмежені можливості в розпорядженні національним багатством та перерозподілі національного доходу в інтересах трудового народу дозволило СРСР перестрибнути кілька сходинок у напрямку спеціалізації медичної допомоги, тоді як у більшості країн світу ці процеси розвивалися тривалим природно-еволюційним шляхом у міру зростання індивідуальної платоспроможності громадян.

Таким чином, важливо розуміти, що медична допомога роділлі, дитині, надана лікарем загальної практики, – це вимушений крок, зумовлений фінансовою неспроможністю пацієнта, а глобальні проблеми радянської та пострадянської медицини ніяк не пов'язані зі спеціалізацією. Ці проблеми носили й носять інституційний характер і стали похідними формування ринкових відносин у бюджетній соціальній сфері, що, висловлюючись медичною термінологією, є патологічним явищем. Спеціалізація та сімейна медицина є лише ширмами для прикриття набагато більшого і глибшого соціального процесу, який відбувся в українській медицині та ідеологічні засади якого були закладені ще за радянських часів. Ідеться про сегрегацію за соціальним походженням, яка була невід'ємною частиною виникнення ринкових відносин у бюджетній сфері, та фахову дисперсію.

Сегрегація традиційно вважається негативним явищем, але, як і інші демонізовані бренди, не є абсолютним злом. До того ж на Заході можна знайти безліч прикладів дискримінації, яка у більшості випадків здійснювалася за гендерними та расовими ознаками. Але відсічення за допомогою корупційних механізмів від прибуткових напрямків на ринку медичних послуг найбільш моральної частини медичної спільноти архітекторами побудови справедливого суспільства виглядає дещо неочікуваним. Вивчення цих подій допоможе зрозуміти активну промоцію інституту сімейного

лікаря надзвичайно вузьким колом так званих медичних управлінців, яка відбувається за мовчазною згодою медичного істеблшменту.

Отже, в міру втрати здатності репресивно-наглядової системи пригнічувати комерційні прагнення в радянській медицині встановлювалися нові непублічні «правила гри», які сприяли невпинній підготовці потрібних ринку фахівців. Дільничний терапевт та дільничний педіатр до цього переліку не увійшли, оскільки, будучи орієнтовані на профілактику хвороб, були позбавлені неофіційної ринкової складової оплати праці, що сприяло маргіналізації і порушенню процесів самовідтворення у державному секторі.

Не менш драматично розгорталася ситуація і в ринковому секторі медичної сфери. Нелегальне становище виявилось не дуже сприятливим для процесів інституціалізації і напрацювання правил та норм поведінки в умовах «заробляння коштів на людській біді». Фаховим медичним середовищем не вдалося отримати економічну та юридичну суб'єктність та створити справжні професійні асоціації, які б відпрацювали критерії допуску осіб до комерційної діяльності у такій делікатній сфері, як медична (негативна кадрова селекція), і, що не менш важливо, захищали б ринок від кадрового перенасичення.

Важливо зазначити, що перенасичення будь-якого ринку, у т. ч. й медичного, неодмінно призводить до захисного закриття системи. У свою чергу, будь-які закриті системи завжди підлягають ентропії. Причиною розпаду буде негативна енергія внутрішнього соціального конфлікту, що, власне, і є тим самим порушенням самовідтворення.

#### Доля інтегрального мислення

Усі вищеописані процеси мали й продовжують мати безумовний негативний вплив на інтереси пацієнта, оскільки визначення багатьох потрібних професійних навичок та людських рис у лікаря, у т. ч. здатності до інтегрального та стратегічного мислення, не може відбуватися у середовищі, що занепадає, навіть у тому випадку, коли за такі якості будуть конкурувати або про них турбуватимуться чиновники на всіх рівнях. Не менш важливо розуміти, що здатність до інтегрального мислення можна розвинути в обмеженій кількості осіб. У країнах, де інститут сімейної медицини утворився еволюційним шляхом і які ми звикли називати розвиненими, ці особи давно перемістилися на вторинний чи третинний рівень надання медичної допомоги за результатами більш успішного навчання. У цьому місці доречно визначити один принциповий момент: на Заході в сферу сімейної медицини потрапляють найменш успішні представники медичної спільноти. Щоб у цьому переконатися, достатньо поїхати до Варшави і поцікавитися їхньою організацією медичного простору. Саме тому навряд чи можна собі уявити ситуацію, коли б у США на лікарів амбулаторій загальної практики або середовище парамедиків поклалися найвищі очікування щодо масштабності мислення та здатності робити максимальну кількість правильних висновків з мінімальної кількості інформації.

Ще важче припустити, що у США лікарі за рекомендацією Всесвітньої організації охорони здоров'я або за законодавчим актом Конгресу намагалися б інстальювати в свою медичну систему модель Семашка з метою знайти турботливого опікуна для пацієнта та забезпечити інтегральний підхід до лікування його захворювань.

Таким чином, на запитання: «Чому в Україні втрачено інтегральний підхід у лікуванні хвороб?», можна сміливо відповісти, що він зник разом з людськими, здатними до інтегрального мислення. Якщо на Заході вони перейшли на інші рівні надання медичної допомоги,

то в Україні вони або виїхали за кордон, або змінили сферу діяльності.

#### Замість висновків

В Україні впровадження інституту сімейного лікаря має низку особливостей:

- починаючи з 1996 р., жодний медичний університет не скористався самоврядними повноваженнями і поряд з відкриттям стоматологічних та фармацевтичних факультетів не оголосив набір абітурієнтів з метою підготовки сімейних лікарів ні на комерційній, ні на державній основі;

- навряд чи вдасться відшукати в країні хоча б одного абітурієнта, який би виявив готовність витратити власні кошти та час на здобуття такої «потрібної» спеціальності, як сімейний лікар;

- ніхто з апологетів та ідеологів сімейної медицини не має бажання отримувати лікування у сімейного лікаря особисто та лікувати у такого спеціаліста власних дітей або внуків, а також не бачить у майбутньому своїх нащадків сімейними лікарями.

В українській медицині, насправді, існує багато проблем, але навряд чи їх вдасться вирішити за допомогою новітніх медико-політичних маніпуляцій, розроблених новітніми медичними політехнологіями, які інститут сімейного лікаря замінюють на інститут земського ескулапа. Те, що впроваджується в Україні, не може називатися сімейною медициною, оскільки сімейний лікар – це продукт ринку, а не фантазій кабінетних мудреців.

**У контексті обговорюваної проблеми окремо слід зупинитися на дискримінаційній природі характеру запроваджуваних реформ. Видатний німецький філософ кінця XVIII – початку XIX ст. Йоганн Готтліб Фіхте визначав поведінку людини у соціумі залежно від її ставлення до свободи. Вільна людина, на його думку, завжди виховує вільних людей і формує навколо себе простір свободи. За переконанням Й.Г. Фіхте, маніпуляція людиною та експлуатація її вад чи необізнаності з метою досягнення корисливих цілей (навіть найближчих) є аморальними та неприпустимими. Вільна людина завжди поважає свободу іншої і не має потреби у рабах. Натомість раб завжди намагається посягти навколо себе рабство. Цілком очевидно, що будь-яку діяльність людини або групи осіб можна розглядати через цю філософську призму.**

Не вдаючись до глибоких асоціативних зв'язків між реформами ПМСД та філософією Фіхте, все-таки можна констатувати, що впровадження інституту сімейного лікаря брутально порушує свободу як пацієнтів, так і лікарів, а отже, всього суспільства в цілому. Складається враження, що держава, монополізувавши ринок медичних послуг за рахунок платників податків (перерозподілу бюджетних коштів на первинний рівень), упродовжуючи адміністративні обмеження, намагається перешкодити громадянам спілкуватися з лікарями вторинної та третинної ланок, намагаючись примусити пацієнтів задовольнятися низьким рівнем допомоги. Чого лише вартий курс на знищення педіатрії! У свою чергу, підготовка та принципи формування пулу сімейних лікарів абсолютно не відповідають нормам моралі та знаходяться за межами справедливості: якщо на Заході цей процес відбувається в рамках інтелектуального відбору, то в Україні медичний істеблшмент використовує сімейну медицину як інструмент для професійної деградації обдарованої частини медичної спільноти, при цьому намагаючись перекласти на них медичну рутину, перетворюючи частину своїх колег на рабів.



Таким чином, твердження про те, що процеси спеціалізації руйнують здатність до інтегрального підходу в лікуванні хвороб або є причиною втрати інтересу лікаря до пацієнта, є безпідставними. Спеціалізація є глобальним і неминучим процесом у світовій медицині, а проблеми, які існують в українській медицині ще з часів СРСР, пов'язані зі сегрегацією, негативною кадровою селекцією та відходом від елементарних норм суспільної моралі. Проблеми фрагментації системи, порушення її самовідтворення безпосередньо пов'язані з якістю «людського матеріалу». При вирішенні цієї проблеми вторинний та третинний рівні медичної допомоги будуть ущільнювати великі об'єми медичної інформації, роблячи якісні узагальнення, і спрямовувати їх до медичних університетів, даючи змогу студентам формувати цілісне уявлення не лише про хвороби, але й про світ. Допоки на освітній рівень студентам будуть передаватися не якісні узагальнення, а вульгарні спрощення з найвищих рівнів медичної соціальної піраміди, ні пацієнт, ні його хвороби не будуть розглядатися інтегрально.

Анатолій Якименко

