
Предлагаем обсудить

ВРАЧ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

¹ Н.Н.Пилипцевич · ² Е.А.Короед

¹ Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

² Мстиславская центральная районная больница, г. Мстиславль, Могилевская область,
Совет Республики Национального собрания Республики Беларусь

Освещены вопросы формирования отношений "врач – пациент", в целом "население – система здравоохранения", подчеркнута ведущая роль врача общей практики в этом процессе. Анализируется современный мировой опыт, рассматриваются исторические аспекты и причины медленного внедрения института врача общей практики в первичном звене здравоохранения. Выражено критическое отношение авторов к отнесению медицинской помощи в разряд услуг нематериального характера. Подчеркнуто, что в современных условиях врач первичного звена должен стать ключевой фигурой в вопросах оказания доступной и качественной медицинской помощи.

Оценка населением здравоохранения, по утверждению ВОЗ, формируется преимущественно в зоне его первичного контакта с медико-санитарной службой. Основным представителем здравоохранения в этой зоне является врач участковый. В соответствии с доминирующим принципом и сложившейся практикой медицинского обслуживания к нему в первую очередь обращаются пациенты при возникновении потребности решать вопросы, касающиеся собственного здоровья. До 75% пациентов удовлетворяются медицинской помощью, получаемой на данном уровне. Это можно рассматривать как свидетельство:

- наибольшей доступности и высокой оценки современных профессиональных возможностей врачебной участковой службы;
- снятия на уровне первичного обращения к врачу большинства вопросов со здоровьем, послуживших поводом обращения за медицинской помощью;
- доверия населения к своему врачу;
- расширения "вооруженности" первичного звена в результате оснащения современными технологиями;
- устойчивых традиций и представлений, что каждый отдельно взятый врач знает о болезнях своих пациентов все, в состоянии оказать требующуюся медицинскую помощь, поэтому нет необходимости "хождения" к другим врачам;

- разочарования больного в возможностях улучшения здоровья и потери в связи с этим интереса к поиску помощи у других врачей.

Таким образом, наблюдается высокий уровень оценки, а в плане последней позиции в представленном перечне считаем необходимым подчеркнуть, что разочарование больного человека в возможности улучшить свое здоровье еще иногда имеет место. Но, к счастью, явление это относительно редкое. Обычно люди до последнего вздоха хотят верить в благоприятный исход и очень на него надеются. У населения по результатам обращений за медицинской помощью больше уверенности в завтрашнем дне и перспективных планов. Такую духовную силу может вселить в больных только врач. Это огромная награда за его труд.

К сожалению, трудности самого врача, мера его юридической ответственности для большинства наших пациентов мало интересны. Врач "обязан помочь", снять угрозу жизни применительно к конкретному человеку, чтобы восстановилась стабильность в его здоровье, чтобы в обществе он оставался таким, "как раньше": востребованным.

В связи со столь высокой планкой требований необходима определенная конкретизация. О ней пришло время говорить более настойчиво. Суть её в том, что возможности врача могут быть успешно реализованы при одном важнейшем, среди ряда других, условии: пациент в интересах соб-

ственного здоровья обязан быть союзником врача, как минимум, следовать его назначениям и указаниям. А при хронической патологии его рекомендации больному человеку становятся обязательными на всю оставшуюся жизнь. Много ли людей, которые дисциплинированы по отношению к своему здоровью? К сожалению, не очень. Утверждать, что их попросту нет, тоже будет неправильно.

Известно: потеря надежды и перспектив на продолжение жизни – трагедия для любого человека. Но это и душевная боль врача, исчерпавшего свои возможности помочь нуждающемуся. Так сложилось, что в первую очередь мы страдаем больному человеку, а врач-человек обычно в стороне или попросту вне поля такого участия. Закономерен вопрос, кто поддержит врача, который часто остается один на один со своими сомнениями и душевными терзаниями. Он в сравнении с другими людьми столь же раним, нуждается, как и все, в понимании и защите. В подавляющем большинстве случаев этот вопрос остается без ответа. Хотя в мировой практике на сегодняшний день появился особый диагноз: "синдром профессионального выгорания". Так оценивается состояние здоровья врача при снижении способности медицинского специалиста полноценно исполнять свои обязанности в связи с его постоянными нервно-психическими перегрузками.

Вернемся к врачу первичного звена здравоохранения. В этом звене он один "первичный" для всех нуждающихся в его помощи, со своим багажом теоретических знаний, практическим опытом, психологическим складом личности, душевным подходом и умением расположить к себе пациента. В восприятии населения это должен быть уверенный в своих профессиональных силах грамотный специалист, овладевший всеми достижениями медицинской науки. Врача с другими качествами никто из пациентов иметь не хочет.

Сегодня большинство граждан воспринимает врача первичного звена как "собственного, нашего" врача, как один из важнейших компонентов своей социальной защищенности. Наряду с этим со стороны населения имеется сравнительно много нареканий, часто опосредуемых преимущественно через этого врача, в адрес системы здравоохранения в целом. Интересный факт: претензии формируются в разных звеньях системы, а "достается" в результате врачу участковому. На нем, преимущественно, замыкаются почти все неурядицы в результате взаимоотношения "население – система здравоохранения". Основой их возникновения являются в первую очередь до-

ступность, "качество" и, главное, душевные свойства самих медицинских работников. Отметим, эти и другие подобные слагаемые – основной критерий эффективности получаемой медицинской помощи, удовлетворенности ею. Такие редкие проявления со стороны врача, как черствость, высокомерие, безразличие, чванство и порой нежелание или невозможность (в силу различных объективных причин) разобраться в состоянии здоровья пациента вызывают у людей непонимание, обиду, протест.

Представим небольшой допуск-сравнение. В здравоохранении страны (все ведомства) работают 49,3 тыс. врачей. Если предположить, что каждый врач в смену имеет рабочий контакт с 20 пациентами и если только один из них останется неудовлетворенным, то это, округлим в сторону увеличения, почти 50 тыс. огорченных людей. Условно будем считать эту величину неизменной. В календарном году 52 шестидневных (для здравоохранения) рабочих недели, 313 рабочих дней. В итоге получается колоссальная (15,6 млн) гипотетическая цифра негативных результатов общения пациента с врачом в виде указанных в предыдущем абзаце непонимания, обид, протеста. Естественно, в профессиональном, этическом, социальном плане здравоохранение подобного "брака" в своей деятельности допустить не имеет права. Следовательно, врач должен учиться разговаривать с пациентом так, чтобы договориться, чтобы совместить радость общения и пользу убеждения. Отметим, задача эта очень непростая. Но врач в таком общении – ведущий, профессионал в своем деле, к нему обратились за помощью, с него и основной спрос за конечный результат.

Сложности с пациентами, особенно если их много, не прибавляют оптимизма и врачам. Каждый врач – личность, со своими индивидуальными психологическими особенностями. Объективно признавая существование реальных сложностей в деятельности врача, отметим, что врач в глазах пациента не имеет права на усталость тогда, когда занимается именно его здоровьем. Естественно, каждый в отдельности пациент прав. Но это же реалии: суточный запас человеческих возможностей (конкретизируем: сил для профессиональной деятельности) к концу рабочего дня снижается у любого человека, и у врача тоже.

Если свой участковый врач доступен пациенту для обращения в любое время суток (иногда достаточно общения по телефону), работает по призванию, с душой, знает всех жителей, их семейно-домашние проблемы, достаток, условия работы, склад характера, склонности, привычки

и прочие особенности, то нареканий вообще может не быть. Для них попросту не будет предположений. Это – своего рода идиллия, и она может стать реальностью.

Об отношении к врачу в обществе. Штрихи истории. Во все времена участковая служба, или служба переднего края здравоохранения была наиболее активной в решении проблем здоровья населения. Более того, необходимо подчеркнуть, что в течение многих веков других звеньев службы здравоохранения просто не было. Врач являлся первым и в большинстве случаев единственным источником помощи для больного человека.

Рейтинг врача в разные периоды исторического развития оценивался не всегда одинаково. Высокое достоинство и всеобщее признание заключается в словах: "хороший врач ценился наравне с политиком, царем, философом". Примером противоположного отношения к врачу может быть трагическая судьба Авиценны (980–1037). Он был вынужден бесконечно скитаться, переходя из одного города в другой, из одной страны в другую. Его не раз бросали в темницу, грозили мечом палача. И этот великий человек за 57 лет своей жизни оставил миру наследие, по которому четыре века последующие поколения врачей постигали свою науку. Оно не потеряло своего значения и в наше время.

Еще пример. При дворе московского царя Ивана IV работал приглашенный с Запада одаренный врач (по материалам исторического романа И.И.Лажечникова "Басурман"). В результате дворцовых интриг, подмены лекарств, им назначаемых, умер заболевший наследник татарского хана, гостившего у царя. Врачу отрубили голову.

В связи с данными примерами подчеркнем, что в истории сохранилось больше положительных оценок.

В начале XX века в царское, затем советское время врачей не хватало. Население жило преимущественно в сельской местности. Прогрессивным решением в деле его медицинского обслуживания явилось введение земской медицины. Она была внедрена в 34 губернских территориальных образованиях России, функционировала со второй половины XIX века. Земские врачи смогли сравнительно успешно (оценка того времени) организовать работу по обеспечению медицинской помощью населения. На основании их деятельности формировалось "лицо" здравоохранения. С позиций сегодняшнего восприятия земские врачи представляли собой прообраз современного сельского участкового врача (формируемого врача общей практики). В последующем, как известно, представители многих стран доско-

нально изучили опыт российской земской медицины, лучшее взяли для своего здравоохранения.

Своеобразное "обратное движение" происходило в СССР в 70–80-е годы XX века. В этот период приоритет при формировании врачебного корпуса отдавался подготовке узких специалистов. Роль участкового врача сводилась в определенной степени к диспетчерским функциям (направлению пациентов к узким специалистам). Практика показала ошибочность такого подхода. Но он имел место, его негативные последствия сказываются и поныне. Наряду с другими авторами на это обращали внимание и мы в своих предыдущих публикациях.

Современный опыт. Интерес к фигуре участкового врача в настоящее время вновь возрастает. Это вселяет оптимизм в перспективы завтрашнего дня здравоохранения. С деятельностью участкового врача связывают, в первую очередь, возможность удовлетворения спроса населения на медицинские услуги, надежду на стабилизацию деятельности отрасли в целом, грядущие возможности улучшения общественного здоровья.

В Направлениях стратегического развития здравоохранения Республики Беларусь на 2011–2015 гг. приоритетным определен переход на модель хозяйствования с преимущественным развитием первичной медико-санитарной помощи, перераспределением финансовых, кадровых и материально-технических ресурсов на амбулаторно-поликлинический уровень.

На ближайшие 5 лет планируется увеличение на 5% (с 40 до 45%) доли финансирования ПМСП в общем объеме государственного финансирования здравоохранения. Относительно умеренный рост затрат на ПМСП является косвенным свидетельством осторожности управленческого подхода по реструктуризации здравоохранения.

Примечательной является такая позиция в Направлениях, как "переход от управления расходами к управлению результатами". Это важнейший путь, предполагающий увеличение экономической самостоятельности медицинских подразделений с акцентом на спрос за конечный результат. Для такой формулировки сегодня имеется определенный задел из опыта прошлого. Позиция получила обоснование в ходе экономического эксперимента, проводимого на базе лечебных учреждений ряда территорий СССР. Эксперимент проводился также в Беларуси. Наиболее глубокие разработки получены по опыту здравоохранения Кемеровской области. По ряду причин реализация на практике результатов эксперимента в тот и последующий периоды была незначительной.

В настоящее время вновь ведется разговор о расширении полномочий руководителей организаций здравоохранения. Ориентацию на конечный результат можно обобщить в виде хорошо известной позиции: оптимально возможный эффект при имеющихся ресурсах. Критерием оценок, естественно, является клинический эффект.

К вопросу о готовности врачебного корпуса к переменам. Руководителям всех уровней хорошо известно, что здравоохранение – система традиционно консервативная. Смысл нашего напоминания состоит в том, что любое нововведение в здравоохранении, особенно если оно слабо выверенное, недостаточно обоснованное, может обернуться тяжелыми последствиями. Не случайно столь осторожно и медленно происходит изменение сложившейся почти вековой практики в нашей медицине. Речь идет об устоявшихся нормативах и о сравнительно новом (менее 15 лет) для отечественного здравоохранения явлении – стандартах (протоколах) обследования и лечения, о главенствовании до сих пор в системе стационарного звена и пр. Это, в определенной мере, связано с субъективными факторами. В частности, большинство людей дорожат стабильностью организации своей работы на занимаемой ими должности. Они чувствуют уверенность при выполнении штатной работы, находясь в условиях привычной структурной организации, когда весь объем сделанного однозначно воспринимается самим исполнителем и сотрудниками своего и вышестоящего уровней, оценивается доступными сложившимися приемами и методами. Иными словами, такое явление, как консерватизм в здравоохранении, базируется на восприятии объективной реальности работниками отрасли, реализации в практику того, что с их точки зрения на данный момент времени более полезно для дела.

Естественно, любое отклонение в привычном регламенте деятельности требует дополнительного напряжения усилий. Оно не всегда может быть просчитано до конца, не всегда поддается оперативной коррекции. Поэтому замену устойчивой стабильности в сложившейся (существующей) организации их деятельности работники отрасли на первых порах вряд ли будут приветствовать. Но они станут ее сторонниками, если убедятся, что новая организационная модель более привлекательна и полезна. То есть входящему новому надо, образно говоря, "доказать свое право на первенство". Щадящий подход обеспечивает поступательную оптимальность развития отечественного здравоохранения.

Исходя из такой позиции, можно сделать попытку объяснить причину медленного внедрения института врача общей практики в первичном звене здравоохранения. Важно подчеркнуть, что и новаторы, и их оппоненты одинаково заинтересованы в полезности результатов реализации своей позиции. Такова субъективная сторона дела. Следовательно, только практика является критерием преимуществ конкретного нового, т.е. убедит всех. Возможно, её пока недостаточно для "победного шествия" института врача общей практики как передового рубежа и основы здравоохранения.

Медицинская помощь – услуга? Зададимся вопросом: эти понятия сопоставимы, равноценны? По нашему представлению – нет. В определенный период изменился ряд оценок деятельности отрасли здравоохранения. В отечественном здравоохранении это пока проявилось меньше, в ряде других стран заметно больше. Популярным стало внедрение экономических методов. Таково веление времени. В последние полтора – два десятилетия все чаще здравоохранение стали рассматривать как отрасль непроектируемой сферы народного хозяйства, вместо считавшейся ранее затратной, ничего не производящей, сферы. Это отрадно, уходит в прошлое приравнивание к "изживенчеству". Примерно в это же время емкое по своему содержанию, доступное для восприятия и оценки (по меньшей мере, врачу) понятие "медицинская помощь" уравнивали с понятием "медицинская услуга".

Известно, в зависимости от экономического содержания различают так называемые услуги нематериального и материального характера. К первым относят деятельность органов государственного управления, общественных организаций, пассажирского транспорта, учреждений культуры, бытовое обслуживание населения, туристско-экскурсионное обслуживание, здравоохранение, просвещение и др. В результате предоставления таких услуг потребитель получает не продукт труда, а труд в виде деятельности учителя, врача, артиста и пр. В статистике услуги учитываются как в натуральном, так и в стоимостном (денежном) выражении. В натуральном выражении услуга учитывается в показателях, соответствующих характеру этих услуг по конкретным видам деятельности. В стоимостном выражении платные услуги учитываются по их тарифам и отпускным ценам населению.

Таким образом, медицинская услуга – это труд в виде деятельности врача. Сегодня она все больше воспринимается как товар. Подобное суждение в значительной мере обесценивает результаты

этой деятельности, потому что труд врача бесценен по своей конечной результативности – мерилом является человеческая жизнь. Нет таких критериев, которые позволили бы дать ему всеобъемлющую оценку. Например, до 40% эффективности лечебно-профилактического, в первую очередь лекарственного, воздействия на пациента потенцируется силой убеждения врача. Выпадает "в услуге" важнейшее связующее звено – мобилизация (силой убеждения врача, верой в его слово и действия) внутренних (духовных) возможностей пациента в борьбе за собственную жизнь и здоровье. Опыт многих врачей прошлого является свидетельством того, что наибольшая лечебно-профилактическая эффективность присутствует там, где пациент является активным союзником врача в процессе лечения.

В наши дни при заболеваниях примерно 50% населения первоначально занимаются самолечением. В дальнейшем, если облегчения не наступает, иными словами, если организм сам не справляется с недугом, следует обращение к врачу. В этом широко распространенном опыте усматривается в известной мере девальвация ценности врача, особенно врача первичного звена. Суть ее – в ослаблении управляющего воздействия на население в плане сохранения и укрепления его здоровья.

Как видим, понятие "медицинская услуга" – пусть и модное, пусть приемлемое для экономистов, юристов и других специалистов, но не практичное, девальвирующее труд и личность врача, в целом вредное.

Отметим, научный разговор в данном направлении продолжается. В первом десятилетии XXI века предпринимались попытки конкретизации понятия "медицинская услуга". А.В.Решетников с соавт. дает следующее определение: "Это действие или совокупность профессиональных действий медицинского работника (исполнителя, производителя услуг), направленных <...> на удовлетворение потребностей пациента. Медицинская услуга имеет самостоятельное законченное значение и определенную стоимость". К сожалению, ясности не прибавилось. Затраты средств, времени могут быть огромными, а конечный выход (исход) более чем скромный или отрицательный.

В материале "Давайте уточним смысл" профессор Н.Малянченко (Медицинская газета №92, 03.12.2010 г.) также предлагает четко квалифицировать понятия медицинская помощь и услуга.

Бесплатность, доступность, реальность медицинской помощи. При гарантированной Конституцией (ст. 45) бесплатности лечения в государ-

ственных учреждениях здравоохранения постепенно все больше задействуются личные средства населения при решении вопросов, связанных со здоровьем. Такова реальная действительность. Здесь еще раз вернемся к позиции, которую мы в более ранних публикациях неоднократно подчеркивали: бесплатной медицинской помощи как таковой быть не может. Об этом говорится также с определенной периодичностью в публикациях российских коллег. Такую позицию сформулировал академик РАМН О.П.Щепин. Профессор А.Линденбратен заострил внимание на этой позиции в публикации, посвященной обсуждению законопроекта "Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации" (Медицинская газета, №78, 13.10.2010 г.).

Складывается тенденция к пассивному (т.е. не планируемому) ограничению доступности медицинской помощи. Доступность, как известно, понятие емкое. Она может быть территориальной; транспортной; определяемой во временном измерении; проблемной в связи с недостаточной укомплектованностью ЛПО медицинскими кадрами, недостатком или высокой стоимостью лекарств для лиц с небольшим материальным достатком, разочарованием (пассивностью) части пациентов в возможностях улучшения своего здоровья при сравнительно большой продолжительности лечения с отсутствием эффекта и пр.

Со стороны работников здравоохранения стала заметной дифференциация пациентов по возрасту при их обращении за медицинской помощью. При конституционном равенстве для всех в реальной действительности пациенты пожилого и старческого возраста более ограничены в возможностях получения медицинского обслуживания по сравнению с лицами трудоспособного возраста и более молодыми пациентами. Это ограничение и формы его проявления (преимущественно ситуационные) нигде, никем не прописаны. Приведем наиболее типичные примеры. Отказ в госпитализации в связи с отсутствием свободных коек. Обидная для пациента реакция персонала: "...с вашими болезнями в таком возрасте надо дома сидеть", "помочь вам уже ничем не сможем". Большая пассивность при диагностике тяжести состояния, когда у пациента "болит всё". Меньшее душевное участие (внимание), когда для лиц пожилого возраста внимание врача может быть лучшим лекарством, и пр.

Все эти условия и факторы – рукотворные. Чаще всего они являются следствием общих тенденций текущего развития, носят субъективный характер и связаны с "привыканием" медицинского

персонала к страданиям людским. Работа протекает среди этих страданий; черствеет, менее отзывчивым становится сердце. Медицинские работники мало или совсем не зависят от конкретного человека-пациента, хотя могут существенно влиять на его душевное состояние, здоровье. Полное исключение подобных ситуаций может стать возможным там, где пациент сам оплачивает свое лечение, через экономические рычаги активно участвует в этом процессе. На уровне участкового звена все взаимодействия врач-пациент более прозрачны, их проще урегулировать, а представленные выше трудности удастся устранять с большей эффективностью.

Поиск путей обеспечения здоровья, его сохранения непрерывен. Он идет как в рамках системы здравоохранения, так и за её пределами. Результат, как известно, пока не удовлетворяет ни государство, ни общественные институты, ни конкретных людей. Чаще всего "виновником" становится система здравоохранения или её конкретные представители, в частности, как указывалось выше, врачи первичного звена. Потеря доверия больного к врачу находится в тесной связи с ухудшением здоровья. Хотя в большинстве случаев непосредственно его вины в этом нет.

Врач первичного звена. Отдельные штрихи мирового опыта. Современный мировой опыт ориентирует на врача первичного звена здравоохранения. Его деятельность, по всеобщей оценке, может принести, в сравнении, наибольшие результаты в деле сохранения и укрепления здоровья населения. Его фигуру в системе охраны здоровья населения рассматривают как необходимое условие для оптимального использования медицинских ресурсов.

Всемирная организация здравоохранения и Всемирная организация семейных врачей определили (1994 г.) ведущую роль семейных врачей в обеспечении и оказании "всесторонней, постоянной, скоординированной, персонифицированной" медицинской помощи. По их оценкам, хорошо подготовленный врач общей практики в состоянии установить правильный диагноз и провести лечение более чем в 90% случаев заболеваний, встречающихся у населения.

Отметим, во многих работах отождествляются врач общей практики и семейный врач. Несомненно, различия между ними имеются, но в целом они не принципиальные. Намного больше их объединяют субъекты приложения профессиональных усилий, характер деятельности.

На врача общей (семейной) практики много надежд. Предусматривается – и уже имеет место

– интеграция в его деятельность неотложной медицинской помощи, активизация деятельности в области стационарзамещающих форм медицинского обслуживания, усиление взаимодействия с системой социального обеспечения. Высокий уровень его профессиональной подготовки будет способствовать оптимизации использования ресурсов здравоохранения, улучшению социального контакта с населением. Реализация в совокупности перечисленных направлений позволит, например, в Российской Федерации, увеличить расходы на внебольничную помощь с 20–30 до 40–50% всех расходов на здравоохранение, снизить примерно на одну треть уровень госпитализации.

С учетом роста доступности для населения врача общей практики, с повышением уровня его компетентности и ответственности за здоровье прикрепленного для обслуживания населения достижимо значительное снижение вызовов скорой медицинской помощи.

Заключение. На мировом уровне сформировалась компетентная оценка фигуры врача первичного звена здравоохранения: это врач общей практики. В Беларуси, в соответствии с указанной тенденцией, врач первичного звена, особенно в сельской местности, должен стать, в первую очередь, семейным врачом, который в состоянии обеспечить постоянное наблюдение за здоровьем семьи, преемственность в лечении пациентов в ЛПО различных уровней, нести ответственность за объем и качество оказываемой медицинской помощи пациенту (независимо от места ее предоставления), являться признанным авторитетом для населения в деле сохранения и укрепления здоровья. Направленная работа по подготовке и внедрению в практику медицинского обслуживания населения такого врача – важнейшая задача на ближайшую перспективу.

ЛИТЕРАТУРА

1. Здравоохранение в Республике Беларусь: Официальный сборник за 2009 г. – Мн., 2010. – 311 с.
2. Стародубов, В.И. Врач первичного звена в условиях реформирования системы здравоохранения / В.И. Стародубов, Ю.В. Михайлова, Ю.А. Коротков. – М., 2002. – 153 с.
3. ВОЗ – ВОСВ "Усиление ориентации в сторону потребности людей во врачебной практике и при подготовке медицинских работников: вклад семейных врачей" // Конференция ВОЗ – ВОСВ 1994 г.: Вклад семейных врачей. – Онтарио, Канада, ноябрь 1994 г. (на англ. яз.).
4. Решетников, А.В. Экономика здравоохранения: Учебное пособие для вузов / А.В. Решетников, В.М. Алексеева, Е.Б. Галкин [и др.]. – М.: Издательский дом "ГЭОТАР-МЕД", 2003. – 271 с.

5. *Конгстведт, П.Р.* Управление медицинской помощью: Практическое руководство / П.Р.Конгстведт. – М.: Издательский дом "ГЭОТАР-МЕД", 2000. – 743 с.
6. Статистический словарь. – М.: "Финансы и статистика", 1989. – 621 с.
7. *Шейман, И.М.* Реформа управления и финансирования здравоохранения / И.М.Шейман. – М.: Издательский центр "Русь", 1998. – 335 с.

PRIMARY CARE PHYSICIAN

N.N. Piliptsevich, E.A. Koroyed

Issues on the establishment of the relationships of "physician-patient" and, on the whole, "population-public

health system" were described. The role of a general practitioner in this process was emphasized. Modern world experience was analyzed and historical aspects as well as reasons for a slow introduction of a general practitioner institute in the zone of the first contact with public health system were analyzed. Critical attitude of the authors of the article to the fact that medical care was referred to a category of intangible character was shown. It was highlighted that under current conditions a general practitioner should become a key figure in rendering accessible and qualitative medical care.

Поступила 08.12.2010 г.