

## НА ЗАКІНЧЕННЯ НОМЕРА

# РОДИННА (СІМЕЙНА) МЕДИЦИНА В АВСТРАЛІЇ

*Присвячую моєму другові —  
лікарю Петрові Петровичу Герасимюку  
з міста Черкас*

Згідно з визначенням Королівського австралійського Коледжу родинних лікарів (Royal Australian College of General Practitioners — RACGP) родинна медицина є невід’ємною частиною австралійської системи охорони здоров’я, яка переважно забезпечується приватними лікарями, котрі надають усебічну медичну допомогу окремим людям, родинам та місцевим громадам.

Якщо в Австралії хтось занедужає, то він має звернутися або до приватного лікаря, котрий приймає хворих у своєму кабінеті (Surgery або Private Rooms) чи в медичному центрі-поліклініці (Medical Centre), або до відділення невідкладної допомоги лікарні (Department of Emergency Medicine або Casualty Department), а в невідкладних випадках — викликати додому карету швидкої допомоги (ambulance).

Лікарі, котрі приватно надають первинну медичну допомогу, називаються в Австралії лікарями загальної практики (General Practitioners — загальноживане скорочення — GP) або родинними лікарями (Family Physicians чи Family Doctors).

Я свідомий того, що в Україні віддають перевагу терміну “сімейна медицина”, проте мені здається, що австралійські лікарі мають (згідно з незабутнім Павлом Тичиною) “чуття єдиної родини” (у неполітичному значенні цього виразу). Тому я і вживаю термін “родинна медицина” і “родинний лікар”.

Формально в Австралії існує два типи родинних лікарів. Більшість із них (понад 17 000 осіб) є “професійно зареєстрованими” — Vocationally Registered, або VR. Тільки незначна частина родинних лікарів (до 3000 осіб) належить до так званих “професійно незареєстрованих родинних лікарів” — Non-Vocationally Registered GP або non-VR GP.

Професійний реєстр (Vocational Register of General Practitioners) було запроваджено в 1989 році для підтримання високої кваліфікації австралійських родинних лікарів. Тоді статус професійно зареєстрованих лікарів автоматично отримали родинні лікарі, котрі пропрацювали у приватній практиці як мінімум п’ять років і пообіцяли постійно оновлювати свою післядипломну освіту. Проте тих бідолах, що з якоїсь причини тоді не отримали статусу “професійно зареєстрованих” родинних лікарів (деякі перебували за кордоном, доглядали за малими дітками, а деякі відмовилися записуватися до Реєстру з принципових міркувань — відстоюючи свою професійну незалежність від держави), австралійські бюрократи навіть відмовляються називати родинними лікарями і вигадали для них трохи принизливу назву — “інші практикуючі лікарі” — Other Medical Practitioners. Хоча ці лікарі надають таку саму медичну допомогу, як і решта родинних лікарів, за одну і ту саму стандартну консультацію вони отримують від австралійської державної організації обов’язкового медичного страхування Medicare на 30% меншу платню, ніж професійно зареєстровані родинні лікарі (докладніше про фінансовий бік роботи лікарів див. у розділі “Скільки коштує лікування в Австралії”). На відміну від інших лікарів, котрим щорічно збільшують (індексують) виплати, враховуючи

рівень інфляції у країні, платню професійно незареєстрованим лікарям “заморозили” (не збільшували) з 1989 року. Проте якщо такі лікарі погоджуються їхати country — “на село” або у передмістя (outer metropolitan area), де лікарів дуже бракує, то їм одразу починають платити таку саму зарплатню, як і професійно зареєстрованим лікарям, навіть не вимагаючи від них участі в післядипломній освіті. Тобто австралійські бюрократи від медицини користуються таким положенням, щоб заманити хоча б не повністю визнаних родинних лікарів до австралійської периферії.

Частина цих незвизнаних родинних лікарів об’єдналася у свій “альтернативний Коледж — професійно незареєстрованих родинних лікарів” і стверджує, що існування в Австралії різної винагороди за ту саму працю є порушенням Декларації прав людини ООН і що несправедливо виплачувати вищу винагороду тим членам Коледжу родинних лікарів, котрі жодних іспитів не склали, а отримали членство в Коледжі автоматично в 1989 році (нині такі лікарі становлять дві третини членів Коледжу). Інша частина сідає за підручники, складає іспити і перебігає лінію фронту до свого супротивника — Королівського австралійського коледжу (інституту) родинних лікарів (Royal Australian College of General Practitioners — RACGP). Нині в Австралії точаться дебати, чи варто автоматично (без екзаменів) визнати професійно зареєстрованими родинними лікарями тих осіб, що працюють у приватній практиці з 1996 року. Проти цього, зокрема, виступає Асоціація клінічних ординаторів з родинної медицини (General Practice Registrars Association), яка стверджує, що всі повинні пройти через відповідне навчання. Цікаво, що клінічним ординаторам з родинної медицини (а деякі з них мають стаж роботи тільки два роки після закінчення медичного університету) з першого дня роботи виплачують таку саму винагороду за огляд хворого, як і професійно визнаним родинним лікарям, тобто на 30% вищу за винагороду для професійно незареєстрованих лікарів, хоча стаж роботи в останніх може бути досить великим. До Королівського австралійського коледжу (інституту) родинних лікарів (Royal Australian College of General Practitioners — RACGP) у 2005 році належало 11 689 родинних лікарів. Докладніше про навчання родинної медицини в Австралії дивися у розділі “Як стати родинним лікарем в Австралії”, яка була надрукована в журналі “Медицина світу” (січень 2004 р., с. 74–76).

Загальна кількість родинних лікарів в Австралії у 2002–2003 фінансовому році становила 24 260 осіб. Проте якщо врахувати, що частина з них працювала на “пів ставки”, то це можна було би прирівняти до 16 706 лікарів, які працювали б на повну ставку. Відповідно маємо 83,9 родинного лікаря на 100 тисяч населення (або на одного родинного лікаря в середньому припадає 1192 пацієнтів). Вартість “утримання” родинних лікарів в Австралії оцінюється у 3,4 млрд доларів на рік, або 172 долари на душу населення.

Розподіл родинних лікарів дуже коливається на необмежених теренах в Австралії. Тоді як у заможних передмістях великих міст на одного лікаря припадає від 700 до 1000 пацієнтів, то у віддалених місцевостях Австралії (насамперед у Північній Території) на одного родинного лікаря — 2100–2800 пацієнтів. Місцевості, де один лікар обслуговує понад 1400 пацієнтів, оголошуються Федеральним урядом *районами браку лікарів* (де дозволяють працювати місцевим і закордонним лікарям, котрі не здобули повного визнанням Королівським коледжем родинної медицини).

Згідно з одним із австралійських досліджень (Bettering the Evaluation And Care of Health — BEACH study) у 2004–2005 фінансовому році австралійські родинні лікарі провели 101,5 млн консультацій хворих. При загальній кількості населення Австралії понад 20 млн осіб це означає, що пересічний австралієць

відвідував свого лікаря (чи звертався до нього по телефону, листами чи електронною поштою) більше 5 разів на рік.

Про специфіку роботи родинного лікаря та причини звертання хворих до нього докладно описано у третьому виданні австралійських настанов з родинної медицини (John Murtagh. *General Practice*), друге видання цих настанов було перекладено російською мовою (Дж. Мерта. *Справочник врача общей практики*. — Москва: Практика). Наскільки мені відомо, ведуться переговори з автором про видання його книжки українською мовою. Говорячи про характер своєї праці, австралійські родинні лікарі іноді вживають англійське прислів'я "Jack of all trades and master of none", якому відповідає українське "За сто робіт береться, а жодна не вдається". І справді, чим тільки не займається австралійський родинний лікар — і терапією, і малою хірургією та травматологією, і акушерством та гінекологією, і педіатрією, і психіатрією, і дерматологією, і голкотерапією!

Пригадую один з моїх перших робочих днів як родинного лікаря, коли до мене ще не було черги хворих у коридорі і я мав багато часу для кожного хворого. Тоді до мене прийшла жінка, котра зачепилася ногою об ніжку стола. У неї дуже боліли пальці на нозі і я послав її на рентгенологічне дослідження стопи. Вона повернулася з рентгену через 20 хвилин, перелому не було і я призначив їй знеболювальні засоби. Після цього вона попросила мене виписати їй контрацептивні таблетки, я глянув в її історію хвороби і сказав, що їй уже пора зробити цервікальний мазок (шийки матки). Жінка погодилася, після обстеження вона поскаржилася, що у неї закладені вуха, я перевірів її вуха і сказав, що в них повно сірки. У процедурному кабінеті я промив їй вуха спеціальним шприцом. Тоді я подумав про себе, що лишилося тільки завивання волосся їй зробити...

Загалом до родинного лікаря звертаються з будь-якого медичного приводу, навіть з хворими зубами. Річ у тім, що у вечірній чи нічний час місцеві стоматологи (Dentists) не працюють, а щоб викликати когось із дому, слід заплатити тільки за виклик більше 100 австралійських доларів і окремо — за лікування (про лікування зубів в Австралії див. у розділі "Скільки коштує лікування в Австралії", сторінка в Інтернеті — <http://home.iprimus.com.au/pavlo>). Отже, суттєво дешевше звернутися до лікаря, котрий призначить сильнодіючі знеболювальні засоби й антибіотики (при наявності зубної інфекції), щоб можна було перетерпіти кілька ночей, допоки вдасться пробитися до стоматолога.

Найчастішими причинами візиту до родинного лікаря є медичні огляди, виписування рецептів, кашель, обговорення результатів аналізів, імунізації, болі у спині та попереку, біль у горлі, шкірні висипки, біль у животі, гострі інфекції верхніх дихальних шляхів, лікування депресивних станів та гіперліпідемії.

*Вік хворих* так само дуже різноманітний. Лікар тут доглядає своїх хворих from cradle to grave — від колиски і до могили. Одного ранку я почав свій робочий день з відвідування моргу (де я даю дозвіл на кремацію небіжчиків), а потім у медичному центрі моя перша пацієнтка прийшла на першу консультацію з приводу вагітності. Як сказано у Книзі Еклезіястовій, "і на круг свій повертається вітер..."

Родинному лікарю доводиться спостерігати весь цикл життя людей. Я навіть доглядаю за кількома родинами, де у мене лікується чотири покоління (від прабабусі до правнуків).

Австралійський родинний лікар має багато займатися *проблемами жіночого здоров'я*. В основному в Австралії родинні лікарі скеровують до гінеколога тільки тих хворих, з лікуванням яких вони впоратися самі не можуть. Такі ж "прості" питання, як профілактичні гінекологічні обстеження, забір цервікальних мазків, дослідження на венеричні хвороби, призначення протизаплідних засобів

та ведення неускладненої вагітності (разом з жіночою консультацією), здійснюються родинними лікарями. Більше за те, жіноче здоров'я є одним із суттєвих компонентів його роботи, що становить до 15% від загальної кількості консультацій (а в лікарів жіночої статі ще більше). Особливостями контрацепції в Австралії є поширеність використання пероральних контрацептивних засобів (the Pill), які вживають 27% жінок плідного віку (від 18 до 49 років). Особливо популярні ці ліки серед молодих жінок (18–24 років).

Молоді австралійки мають тенденцію забувати регулярно приймати таблетки, тому тут популярні протизаплідні препарати тривалої дії — Depo-Provera (медроксипрогестерону ацетат), який уводять внутрішньом'язово кожні три місяці, та більш сучасний прогестагеновий імплантат Implanon (етноджестрел), котрий уводять під шкіру внутрішнього боку передпліччя раз на три роки. На початок 2005 року в Австралії було продано понад 230 тисяч таких імплантатів. Проте далеко не всі лікарі роблять таку процедуру (слід пройти спеціальне стажування на манекені й отримати посвідчення). Я особисто ввожу імпланон у середньо-мо раз на тиждень.

Внутрішньоматочні спіралі в Австралії застосовуються рідко (2%) і тому їх переважно вводять тільки гінекологи (і поодинокі родинні лікарі у спеціалізованих жіночих клініках). Але звичайним родинним лікарям доводиться їх виймати.

Крім традиційного мазка Папаніколау (Pap-smear), в Австралії стає популярним забір аналізу, базованого на "рідинній технології" (fluid-based technology) — ThinPrep, коли ендоцервікальні клітини відокремлюють центрифугуванням, та проведення комп'ютерної кольпоскопії (TruScreen), при якій оптичний зонд робить високоякісні комп'ютерні мікрофотографії шийки матки (до 32 ділянок), які миттєво аналізуються комп'ютером на наявність атипичних (ненормальних) клітин. Ці додаткові, більш якісні дослідження держава не оплачує і вони коштують приблизно 30 австралійських доларів. Приблизно половина моїх пацієнток погоджується платити за такі процедури.

Як правило, здорові жінки приходять на консультації не тільки для дослідження мазка шийки матки, а й для так званого повного медичного огляду (full check up or physical examination). У таких випадках я перевіряю артеріальний тиск, вимірюю зріст, розмір талії та визначаю вагу жінки, проводжу пальпацію грудних залоз, аускультацию серця та легень, пальпацію живота, бімануальну пальпацію матки та її придатків, пальцеве дослідження заднього проходу (back passage or rectum) у жінок, яким за сорок, пальпацію щитовидної залози та оглядаю шкіру пацієнтки.

Як відомо, рак грудей є одним з найпоширеніших видів злоякісних пухлин у жінок (виявляють у кожній тринадцятій жінки). В Австралії прийнято проводити кожні два роки мамограми (рентгенологічне обстеження грудей) у жінок віком від 50 років та більше (безкоштовно для хворої). Вони також мають регулярно обстежуватися у свого дільничного лікаря. При будь-якій підозрі на злоякісне новоутворення молочних залоз жінок скеровують для подальшого лікування до хірургів.

Для запобігання проявам клімаксу та розвитку остеопорозу досить поширеною лишається гормонозамісна терапія (hormone replacement therapy), яку в 1998 році отримували 25% австралійських жінок віком від 45 до 54 років та 30% жінок віком від 55 до 64 років. Проте популярність цього методу помітно впала після накопичення інформації про збільшення ризику виникнення раку молочної залози при тривалій комбінованій терапії естрогенами та прогестогенами.

Я хотів би підкреслити, що австралійський родинний лікар як мінімум нічим не поступається "непроцедурному спеціалісту-гінекологу" в колишньому СРСР.

До того ж діагностичні можливості родинних лікарів відповідають західним стандартам, проте фінансово не обтяжливі для хворих. Деякі процедури, що призначалися жінкам у колишньому СРСР, тут вважаються недоцільними (наприклад, лікування гіалуронідазою “хронічних запальних хвороб придатків”).

Якщо жінка завагітніє, то вона знову ж таки звертається до свого родинного лікаря, котрий проводить її початкове обстеження. При неускладненому перебігу вагітності до 34 тижнів жінка переважно ходить на спостереження до свого родинного лікаря (за винятком візитів до жіночої консультації на 13-му та 28 тижні); якщо останній помічає якісь порушення розвитку плоду чи стану здоров'я вагітної, то негайно скеровує жінку до відділення швидкої допомоги (до 22 тижнів вагітності) чи акушерського відділення (після 22 тижнів вагітності). Більшість моїх пацієнток віддають перевагу саме такому типу сумісного спостереження (“share care”) за вагітністю (жіночою консультацією та родинним лікарем). Мабуть, тому, що жінки звикають до свого родинного лікаря і довіряють йому.

Частина родинних лікарів, особливо тих, які працюють у сільській місцевості — часом на віддалі кількох сотень кілометрів від найближчої лікарні, закінчують додаткову піврічну спеціалізацію з акушерства та гінекології під егідою Королівського коледжу акушерів та гінекологів і отримують відповідний диплом (Diploma in Obstetrics and Gynaecology, див. сторінку в Інтернеті [training@ranzscog.edu.au](mailto:training@ranzscog.edu.au)). У Західній Австралії, наприклад, 62% опитаних сільських родинних лікарів надавали акушерську допомогу, приймаючи в середньому 28 пологів на рік. З них 46% здійснювали кесареві розтини, 46% накладали щипці та 58% застосовували вакуум-екстракцію (Ventouse). Щоб виконати кесарів розтин у сільських умовах, один з родинних лікарів стає під час операції анестезіологом.

Якщо сільські ескулапи не можуть допомогти жінці, то можна викликати “санітарну авіацію”, або, як тут вона називається, — Royal Flying Doctor Service (Королівська служба літаючих лікарів). На літаку чи вертольоті прилетить спеціаліст-гінеколог або родинний лікар, котрий може робити “все” (деякі з них навіть самі пілотують літаки). Якщо стан хворої дозволяє, то її евакуюють до найближчої лікарні.

Через 6 тижнів після народження дитини породілля з немовлятком уперше приходять на обстеження до родинного лікаря, проте якщо вони виписуються з пологового будинку в перші чотири дні, то родинний лікар здійснює перший *клінічний огляд дитини* вже через тиждень після її народження. Я не маю статистичних даних, але дозволю собі стверджувати, що більшість австралійських дітей ніколи в житті не водили (правильніше, не возили) на лікування чи обстеження до спеціаліста-педіатра, бо їх повністю “обслуговував” їхній родинний лікар. Безумовно, якщо родинний лікар має діагностичні труднощі або підозрює, що в дитини якийсь серйозний патологічний стан, то він скерує таку дитину до державного чи приватного педіатра. Родинний лікар досліджує фізичний стан дитини, стежить за її психомоторним розвитком та взаєминами батьків і дитини. У більшості випадків той самий лікар одночасно лікує і батьків дитини, а іноді він навіть доглядав за батьками, коли вони самі були маленькими. Найчастіше маленькі дітки приходять до лікаря для проведення вакцинації, з гострими інфекційними хворобами верхніх дихальних шляхів та проблемами вуха, горла та носа. Проте бувають і переломи кісток, травми; австралійські діти дуже часто хворіють на бронхіальну астму (кожна п'ята дитина!), страждають на ожиріння та різні спадкові хвороби (наприклад, в Австралії порівняно часто трапляються глютеїнова ентеропатія та муковісцидоз).

Австралійському родинному лікареві іноді доводиться мати справу і з жорстоким ставленням батьків до дітей (child abuse). Докладніше про це бруталне

явище оповідається в розділі “Стосунки між лікарем та хворим в Австралії” (сторінка в Інтернеті <http://home.iprimus.com.au/pavlo>).

Австралійський родинний лікар, як правило, не носить білого халата, намагається перетворити обстеження дитини на гру і стати справжнім старшим другом дитини. Довірчі стосунки з дитиною набувають особливого значення у підлітково-му віці, коли з’являються проблеми ранніх статевих стосунків, вживання наркотиків, утисків та залякувань однолітками тощо. Досить часто дитина, що досягла дорослого віку, продовжує лікуватися в того ж самого родинного лікаря.

*Діагностика та лікування хвороб внутрішніх органів* є основною причиною звертань до родинного лікаря в Австралії. Найчастіше хворі приходять з такими “терапевтичними” скаргами: на кашель, розлади травлення, біль у спині, у грудях, болі голови, болі в суглобах, шкірні висипки, безсоння та постійну чи надмірну втому. Відповідно найчастішими діагнозами австралійських родинних лікарів є гіпертонічна хвороба, гострі інфекції верхніх дихальних шляхів, астма, хронічні м’язово-скелетні хвороби спини та попереку, цукровий діабет, хвороби порушення сну, гіперхолестеринемія, хвороби стравоходу (насамперед рефлюкс). Іншими словами, австралійський родинний лікар має лікувати і серцеві, і ревматичні, і шлунково-кишкові, і неврологічні, і легеневі, і ендокринологічні хвороби.

Гіпертонічна хвороба надзвичайно поширена і є основною причиною розвитку хронічної серцевої недостатності в західному світі. Для поліпшення діагностики гіпертонії австралійські родинні лікарі намагаються щорічно перевіряти артеріальний тиск у своїх пацієнтів, навіть якщо вони приходять на консультацію з іншими проблемами. У непевних випадках для діагностики застосовують портативний монітор, що регулярно записує артеріальний тиск протягом 24 годин. Захворюваність на ішемічну хворобу серця в Австралії постійно зменшується, проте вона лишається “убивцею номер один”. Австралійські родинні лікарі дотримуються за такими хворими разом з кардіологами. Кожен австралійський родинний лікар має електрокардіограф і вміє читати електрокардіограму. Проте сучасні електрокардіографи забезпечують комп’ютерну діагностику. Водночас не всі родинні лікарі мають дефібрилятори. Вони покладаються на добре організовану роботу швидкої допомоги.

Родинні лікарі мають право скеровувати хворих на будь-яке кардіологічне обстеження (ехокардіографію, стрес-тест, радіонуклідні методи), за винятком коронарної ангиографії.

Австралійський родинний лікар не боїться проводити топічну діагностику захворювань центральної нервової системи і бере участь у лікуванні післяінсультних хворих, а також хворих на мігрень, епілепсію, паркінсонізм, розсіяний склероз тощо.

Поширені в Австралії і ревматичні хвороби (насамперед остеоартроз). При їх лікуванні родинні лікарі досить часто проводять внутрішньосуглобове та періартикулярне введення глюкокортикостероїдних препаратів. Ще однією особливістю є досить ліберальне вживання сильних протибольових засобів при хронічних патологічних станах (наприклад, при упертих тяжких болях у попереку внаслідок патології міжхребцевих дисків). У таких випадках родинні лікарі мають право призначати препарати морфіну, оксикодейну, трамадолу та фентанілу пролонгованої дії.

Практично щодня мені доводиться лікувати хворих на бронхіальну астму та хронічні обструктивні хвороби дихальних шляхів. Для контролю за станом хворих використовується спірометр, який має кожен родинний лікар, а в деяких родинних лікарів є навіть і свій оксиметр. У процедурній кімнаті завжди буде стояти

балон з киснем та інгалятор для лікування бронхоспазму бета-адреноміметиками (сальбутамол). Широко застосовуються рентгенологічні (у тому числі комп'ютерна томографія) та радіонуклідні методи діагностики. Родинні лікарі розуміються на рентгенологічних знімках, а сільським родинним лікарям іноді самим доводиться робити рентгенологічні дослідження.

Згідно з даними 2000 року 7,5% населення Австралії страждає на цукровий діабет (переважно на інсулінонезалежний тип). Австралійські ендокринологи встигають доглядати тільки за пацієнтами з ускладненим перебігом хвороби, за рештою хворих самотужки доглядають родинні лікарі. Інші поширені ендокринологічні хвороби — гіпотироз та ожиріння. (Докладніше про проблему ожиріння див. у розділі “Австралія харчова”, сторінка в Інтернеті <http://home.iprimus.com.au/pavlo>).

Серед поширених хвороб шлунково-кишкового каналу — рефлюкс-езофагіт, жовчнокам'яна та виразкова хвороби, коліти та рак кишечника. Родинні лікарі скеровують таких хворих на ультразвукові, рентгенологічні дослідження та на ендоскопію і колоноскопію.

Важкою частиною ноші родинного лікаря є смерть його хворих, з якими він часто має довготривалі та дружні стосунки. Пересічний родинний лікар в Австралії щорічно “ховає” 3–4 хворих. У спеціальному дослідженні, проведеному в Об'єднаному Королівстві, вивчали реакції родинних лікарів на смерть їхніх пацієнтів. З 25-ти обстежених лікарів 22 мали почуття вини, самозвинувачень та страху, що вони припустилися якоїсь помилки в лікуванні. Співчуття або емпатія (empathy) є природною людською реакцією. Австралійські лікарі дзвонять родинам покійника, посилають їм картки з виразами співчуття, іноді навіть беруть участь у похоронах. Проте іноді члени родини покійного безпідставно вважають, що лікарі певною мірою винні у смерті (людям тяжко прийняти її неминучість), і тому важливо не переборщити з висловленням свого щироного лікарського співчуття.

Часто лікарі, як і рідні покійного, сприймають таку подію зі скорботою і відчуттям втрати. У таких випадках лікарям рекомендують звертатися за медичною допомогою до своїх власних лікарів чи принаймні висловити свої почуття під час дружньої розмови з одним із колег. Не слід соромитися своєї жалоби. Лікарі по-різному намагаються себе втішати — що смерть неможливо скасувати, що їхній хворий більше не страждає, що під час його смертельної хвороби робилося все можливе, щоб людина не страждала психічно та фізично. У великих містах Австралії також існують спеціалізовані центри, де допомагають психологічними порадами, як утамувати реакції скорботи (так звані bereavement counselling services).

Водночас треба жити в Австралії, щоб зрозуміти психологію деяких лікарів, які намагаються знайти для себе щось “позитивне” навіть у смерті своїх пацієнтів. Одна з них, родинна лікарка з прізвиськом, що буквально перекладається як “Прекрасна”, в інтерв'ю австралійському медичному виданню стверджувала, що її надихає прийняття смерті більшістю з її пацієнтів і що це надзвичайний час для лікаря — бути частиною їхнього життя, бо саме тоді вона максимально наближається духом до своїх хворих. На жаль, мені бракує такого оптимізму у сприйнятті смерті.

Австралія — надзвичайно красива країна з унікальною природою, флорою та фауною, але в цій казковій країні на австралійців та іноземних туристів чатує дуже багато природних небезпек (це далеко не тільки найотруйніші змії у світі), запобіганням впливу та наслідкам дії яких постійно доводиться займатися родинному лікарю (див. розділи “Небезпечна фауна та флора Зеленого континен-

ту” та “Природні катаклізми на П’ятому континенті”, сторінка в Інтернеті <http://home.iprimus.com.au/pavlo>).

За кількістю раків шкіри (включаючи злоякісну меланому) залита тропічним сонцем Австралія посідає перше місце у світі, у двох третин австралійців віком понад 70 років розвиваються базаліоми (basal cell carcinoma — BCC) та плоскоклітинні форми раку шкіри (squamous cell carcinoma — SCC). Тому й не дивно, що в Австралії закликають раз на рік приходити на перевірку шкіри. Для цього до 20% австралійців звертаються до спеціалізованих шкірних клінік (див. далі), решта — до свого родинного лікаря.

Проте мені доводилося діагностувати випадки меланоми і під час аускультатції легень, і при обстеженні молочних залоз, і при гінекологічному огляді, і при вимірюванні артеріального тиску.

Звичайно, не кожен родинний лікар має цифровий комп’ютерний скенер і дерматоскоп для огляду шкіри, які постійно застосовую я, проте кожен родинний лікар має загальні уявлення про лікування основних хвороб шкіри, волосся та нігтів і може принаймні запідозрити злоякісне новоутворення шкіри і скерувати хворого до дерматолога чи хірурга, якщо він сам не хоче брати відповідальність за подальшу діагностику та лікування хворого.

Проте *майже кожен австралійський родинний лікар у глибині душі вважає себе хірургом*. Він має проводити диференціальну діагностику гострого живота (одночасно як хірург, терапевт і гінеколог!), діагностувати ураження периферичних судин, з задоволенням вирізає різні невеличкі пухлини шкіри, лікує незначні травми, накладає гіпс на неускладнені переломи кінцівок, робить резекції патологічно змінених нігтів, витягає колючки, скалки та шпички з-під шкіри, лікує геморої тощо. Деякі родинні лікарі підпрацьовують в операційних, асистуючи хірургам-спеціалістам при проведенні великих операцій. У сільській місцевості частина родинних лікарів здійснює апендектомії, хірургічне лікування гриж, вирізає жовчні міхури, лікує тяжкі дорожньо-транспортні травми.

Водночас кожному австралійському родинному лікарю доводиться бути і *потрійним “вузьким спеціалістом” — “вухогорлоносом”, окулістом та урологом*. Пам’ятаю, як я був здивований, коли побачив отоскоп під час першого відвідування австралійського лікаря. Тепер мені самому доводиться заглядати у вуха пацієнтів до 10 разів на день. Огляд барабанної перетинки є обов’язковою частиною клінічного обстеження маленьких дітей, біль у вусі чи закупорка його сіркою є частою причиною візиту дорослої людини до родинного лікаря. Так само лікування гайморитів (sinusitis), сінної лихоманки, ангін, ларингітів — у більшості неускладнених випадків цих хворих лікує тільки родинний лікар.

При погіршенні зору людина може звертатися до оптометриста чи до родинного лікаря. Вони проведуть первинне обстеження і вирішать, чи потрібно скерувати такого хворого до спеціаліста-офтальмолога. Родинний лікар також обстежує зір хворих, коли дає медичну довідку австралійським водіям. Особам віком понад 75 років та хворим на цукровий діабет гостроту зору визначають під час щорічного медичного обстеження. Найчастіше родинному лікареві доводиться лікувати кон’юнктивіти та усувати поверхневі чужорідні тіла. При підозрі на більш серйозну патологію хворому надають першу допомогу і скерують на консультацію до спеціаліста. Кожному родинному лікарю рекомендують мати офтальмоскоп, тонометр для визначення внутрішньоочного тиску, таблиці для визначення гостроти зору та кольорового зору, ліхтарик з синім світлом для обстеження очей з флюоресцеїновою барвою.

До урологічних питань, якими доводиться займатися родинному лікареві, належать нетримання сечі, цистити, діагностика та початкове лікування сечо-

кам'яної хвороби в людей обох статей, венерологічні хвороби, хвороби простати, уретри, яєчок та імпотенція у чоловіків. Пальцеве дослідження простати і простатоспецифічний антиген рекомендують щорічно проводити чоловікам, яким більше 50 років. Деякі родинні лікарі так само, як і урологи, виконують операції обрізання (у немовлят) та чоловічої стерилізації — вазектомії.

*Лікування психічних розладів* теж є важливою ділянкою роботи родинних лікарів. У 2004 році 11% усіх візитів до родинного лікаря були пов'язані з діагностикою та лікуванням депресії, тривожних станів, фобій, манікально-депресивного синдрому, шизофренії, алкоголізму, тютюнової залежності, наркоманії тощо. А за оцінками австралійських експертів до 20% австралійського населення мають психічні розлади, які слід лікувати.

Діагностувати депресію іноді досить важко, бо вона може маскуватися численними соматичними скаргами (на постійну втому, втрату апетиту, сну, порушеннями менструального циклу, болями в різних частинах тіла тощо). То ж кому, як не родинному лікарю, котрий, як правило, добре знає свого постійного хворого та його родину і розуміється на діагностиці різних хвороб, запідозрити цю підступну недугу і вчасно розпочати відповідне лікування. До того ж психіатрів і психіатричних ліжок у лікарнях Австралії гостро бракує, і щоб потрапити на прийом навіть до приватного психіатра, доводиться чекати місяцями. Звичайно, у критичних ситуаціях родинний лікар може зв'язатися з психіатром чи зі службою психічного здоров'я (mental health service) по телефону або доставити хворого швидкою допомогою до приймального відділення лікарні. Але в переважній більшості випадків лікування психічних хворих антидепресантами, седативними і навіть антипсихотичними препаратами розпочинає родинний лікар. Щоб зрозуміти масштаб "всеавстралійської депресії", слід зазначити, що австралійський уряд у 2004 році доплатив через *Систему фармацевтичних пільг* (Schedule of Pharmaceutical Benefits) пів мільярда австралійських доларів за лікування австралійців антидепресантами.

Для лікування тривожних станів ("щоб заспокоїти нерви") австралійці також вживають неймовірну кількість бензодіазепінових препаратів (насамперед діазепам, темазепам та оксазепам), унаслідок чого досить часто виникає залежність, яку дуже важко вилікувати. Про пацієнтів, котрі ходять до кількох лікарів, щоб отримати додаткові рецепти на бензодіазепінові препарати чи наркотичні анальгетики, оповідається в розділі "Стосунки між лікарем та хворим в Австралії", сторінка в Інтернеті — <http://home.iprimus.com.au/pavlo>).

Нерідко родинному лікарю доводиться діагностувати та лікувати місцевих любителів спиртного, проте алкоголізм тут не набув таких катастрофічних масштабів, як у Росії (за винятком аборигенської меншини). Мені значно частіше доводиться займатися проблемами тютюнової залежності. В Австралії курить 17% дорослого населення, багато людей починає курити в дуже молодому віці. Родинні лікарі проводять психологічні консультації курців, призначають нікотинозамісну терапію (нікотинові наклейки та жувальні гумки) та спеціальні препарати, що допомагають позбутися нікотинової залежності (наприклад, бупропіон). А я іноді просто кажу деяким із своїх хворих: "Якщо ти куриш, то ти друг не мені, а тютюновим компаніям!"

Так само, як і колись в Україні, родинні лікарі в Австралії виписують багато рецептів (під час 50–86% консультацій), хоча вже принаймні половина лікарів виписує рецепти за допомогою комп'ютера, що суттєво заощаджує час лікаря, особливо за необхідності повторного виписування тих самих ліків (тільки кнопку натисни — і гарно надрукований рецепт уже готовий). Проте, як правило, австралійські лікарі тримають у своїй пам'яті сотні назв лікарських препаратів та

особливостей їх дозування. Максимальна кількість таблеток того чи іншого лікарського засобу, яку може виписати лікар в Австралії на пільгових умовах, регулюється законодавством. Кожні три місяці Міністерство охорони здоров'я видає спеціальну книжку-перелік лікарських засобів, які оплачуються через Систему фармацевтичних пільг (Schedule of Pharmaceutical Benefits). Ця книжка безкоштовно розсилається всім австралійським лікарям та аптекарям. У ній наведено назви всіх препаратів, їх повна ціна, затверджені приписи для їх застосування, що субсидуються державою, скільки і як цей препарат можна виписувати залежно від показань тощо. Якщо ж лікарю щось незрозуміло, то він може безкоштовно подзвонити за спеціальним телефонним номером та одержати роз'яснення. (Докладніше про принципи державного субсидування ліків для австралійських громадян оповідається в розділі “Скільки коштує лікування в Австралії”, сторінка в Інтернеті — <http://home.iprimus.com.au/pavlo>). Основна причина, чому лікарі виписують обмежену кількість таблеток хворим, — щоб хворий знову вчасно звертався до родинного лікаря на перевірку, як працює той чи інший лікарський препарат і чи не виникає будь-яка побічна дія від його тривалого використання.

До речі, в Австралії спостерігається цікава тенденція скорочення кількості виписаних лікарями рецептів (насамперед на антибіотики) і збільшення кількості консультацій щодо немедикаментозного лікування. Якщо в 1998–1999 фінансовому році (який починається в Австралії 1 липня) було виписано 93,6 млн рецептів, то в 2004–2005 фінансовому році — тільки 83,4 млн. За той самий час кількість процедур збільшилася з 11,8 млн до 15,5 млн. Згідно з результатами досліджень родинної медицини в Австралії (BEACH study) *різні види немедикаментозного лікування* відбувалися під час 51% консультацій. У 37% консультацій проводилося психологічне лікування (counselling), надання хворим порад стосовно лікування їх психологічних чи медичних проблем (наприклад, інфекцій верхніх дихальних шляхів), обговорення результатів аналізів та досліджень, санітарно-освітня робота (здоровий спосіб життя, відповідна патологічному стану дієта). У 15% консультацій родинні лікарі здійснювали “процедури” — забір цервікальних мазків, вакцинацію дорослих та дітей, видалення вушної сірки, видалення раків шкіри, біопсії шкірних висипів та інших уражень шкіри, розтини і дренаж шкірних абсцесів, вакцинації, накладання швів та перев'язки ран тощо. До речі, в Австралії дуже цінують широту та глибину клінічних знань і навичок родинних лікарів і тому їх часто запрошують підпрацьовувати консультантами у відділення невідкладної допомоги (Department of Emergency Medicine або Casualty) державних та приватних лікарень.

Невід'ємною частиною роботи австралійських родинних лікарів є *профілактична робота* (запобігання розвитку хвороб у пацієнтів). Австралійські медичні авторитети закликають лікарів під час консультацій постійно пересвідчуватися, що їх пацієнти мали всі рекомендовані в Австралії щеплення проти інфекційних хвороб, не курять цигарок, не заглядають надто часто до чарки, правильно харчуються, не мають зайвої ваги і регулярно займаються фізкультурою. Австралійська державна комісія з охорони здоров'я навіть платить приватному родинному лікарю невеличку винагороду за кожного австралійську дитину, котрій у дошкільному віці були проведені всі рекомендовані в Австралії вакцинації (інформація про які є на сторінці Інтернету — <http://immunise.health.gov.au>).

Коледж родинних лікарів регулярно оновлює та перевидає Керівництво з профілактики в родинній медицині (Guidelines for preventive activities in general practice), в якому дано докладні рекомендації Коледжу з профілактичної діяльності у педіатрії, при серцево-судинних хворобах, крововиливах у мозок, цукрово-

му діабеті, онкології, при остеопорозі, під час вагітності, генетичного скринінгу тощо. Ці вказівки розроблені на основі так званої *медичної науки, що базується на доказах вірогідності* (evidence-based medicine), тобто на результатах сучасних наукових медико-статистичних досліджень. Скажімо, які групи підвищеного ризику населення слід перевіряти на наявність генетичних маркерів раку кишечника чи гемохроматозу. Або в яких групах населення і як часто слід перевіряти вміст холестерину у крові.

Водночас певна частина родинних лікарів підтримує або пропонує своїм пацієнтам і *альтернативні методи лікування*, насамперед голкотерапію (до 10% лікарів). Проти інших нетрадиційних і експериментально не доведених методів лікування (гомеопатія, хіропрактика, траволікування тощо) переважна більшість австралійських родинних лікарів має великі застереження. (Див. також у розділі — “Стосунки між лікарем та хворим в Австралії”, сторінка в Інтернеті — <http://home.iprimus.com.au/pavlo>). Докладніше про альтернативні методи лікування буде сказано в окремому розділі.

*Тривалість консультації хворого* родинним лікарем звичайно може бути дуже різною (іноді до однієї години і довше, скажімо, у випадках лікування депресії чи проведення операцій), проте в середньому одна консультація триває більше 14 хвилин. Звичайно, людина може прийти і просто за рецептом, і тоді така консультація триватиме буквально одну-дві хвилини. Австралійські дослідження засвідчили, що консультація родинного лікаря триває довше за таких обставин: коли лікар жіночої статі, лікареві більше 65 років, він отримав медичну освіту в Австралії, є членом Коледжу родинних лікарів, хворий літнього віку, належить до вищого соціально-економічного класу, жіночої статі.

Протягом мого 8–10-годинного робочого дня я консультую від 30 до 45 пацієнтів.

Деякі “ділки від медицини” для збільшення своїх прибутків намагаються проводити маскимально короткі консультації (і заробляти за рахунок кількості, а не якості консультацій) і перетворюються на т. зв. money machines — машини, що друкують гроші. (Докладніше про це див. у розділі “Стосунки між лікарем та хворим в Австралії”, сторінка в Інтернеті — <http://home.iprimus.com.au/pavlo>).

Важливою ділянкою роботи родинного лікаря є *лікування хронічних хворих* (під час кожної другої консультації) *та догляд за людьми похилого віку*, тим більше що населення Австралії старіє. Щоб заохотити родинного лікаря більше уваги приділяти таким хронічним хворим (з тривалістю хвороби більше 6 місяців), у 2005 році державне медичне страхування запровадило новий тип консультації — План лікування родинним лікарем — General Practitioner Management Plan, за проведення якої щороку родинному лікареві платять 120 австралійських доларів.

Однією з традиційних невід’ємних ділянок роботи австралійського родинного лікаря було відвідування хворого пацієнта — т. зв. home visits, або *виклики лікаря додому, по-нашому*. Такі візити лікар має проводити, коли хворий не може прийти до його кабінету через поганий стан здоров’я. Проте вони цікаві і з точки зору вивчення мікрокосмосу хворого в оточенні його родини. Або, скажімо, якщо стара людина мешкає одна і її домівка досить занедбана, це може бути першою ознакою, що в людини починається стареча деменція і що вже пора почати готувати документи та ставати на чергу до будинку літніх людей. На жаль, такі візити лікаря додому не дуже добре винагороджуються державою (вигідніше сидіти в кабінеті і приймати хворих) і трохи небезпечні (в Австралії були напади і навіть убивства родинних лікарів за таких обставин). Тому все більша кількість родинних лікарів відмовляється їх робити. Деякі лікарі їздять на виклики до хворих додому разом з водіями чи охоронцями. Минулого року автор потрапив у “пере-

довики”, здійснивши 90 таких відвідин. Одного разу, коли я виїздив моїм автотом задки з воріт однієї з моїх хворих, я трохи зім’яв двері чужої машини, що стояла напроти на дорозі. За ремонт цієї машини моїй страховій компанії довелося сплати суму грошей, що дорівнює половині мого річного заробітку від домашніх візитів!

Наприкінці 90-х років двадцятого століття деякі австралійські родинні лікарі почали практикувати *віртуальні консультації*, або *e-консультації* (e-consultations) — за допомогою Інтернету чи по телефону. Тобто не потрібно фізично бачити свого лікаря, а можна просто отримати результати своїх аналізів, рецепти на медикаменти, листи-скерування на огляд до спеціаліста чи навіть проконсультуватися зі своїм лікарем, зручно сидючи перед екраном свого домашнього комп’ютера чи не виходячи зі свого робочого кабінету в офісі. Поки що тільки невеликий прошарок австралійських хворих користується такими послугами (близько 16 процентів) і тільки мала кількість лікарів має бажання забезпечувати такі “електронні послуги”. Хворі, котрі віддають перевагу таким консультаціям, як правило, порівняно молодого віку і не мають часу, щоб сидіти в чергах до лікаря, проте добре заробляють, бо Державна комісія зі страхування здоров’я не покриває такі консультації через державну систему страхування здоров’я Medicare. Отже, доводиться віддавати свої кровні 20–45 австралійських доларів, що приблизно вдвічі дорожче, ніж заплатити за приватну консультацію під час відвідування родинного лікаря.

Австралійських лікарів, у свою чергу, бентежить ризик судового позову проти них, якщо вони пропустять якусь серйозну хворобу через те, що вони просто не бачили (і не спостерігали) свого хворого під час такої віртуальної консультації. Та й далеко не всі австралійські лікарі швидко і впевнено клацають клавішами комп’ютерів.

Через ті самі обставини *консультації по телефону* також не дуже популярні серед лікарів, до того ж хворі звикли безкоштовно спілкуватися по телефону зі своїм лікарем, забуваючи про його дорогий час і про те, що за телефонні “консультації” на “сексуальній лінії” вони платять 5 доларів за хвилину розмови.

Починаючи з 1999 року в Західній Австралії місцевий уряд фінансує роботу цілодобової телефонної лінії (HealthDirect), роботу якої забезпечують висококваліфіковані медсестри. Залежно від їх оцінки клінічного стану хворих вони дають медичні поради, рекомендують звернутися до родинного лікаря чи викликають хворим карету швидкої допомоги. Уряд також оплачує спеціальну страховку на випадок, якщо проти таких медсестер буде порушено карну медичну справу. Ця лінія відповіла на більш як мільйон телефонних звернень по допомогу. (Про телефонні консультативні служби в Австралії буде написано в окремому розділі про державну медицину).

Тільки під час 5% консультацій родинний лікар виписує скерування хворому на консультацію до спеціаліста. Певною мірою родинний лікар є, як тут кажуть, gate-keeper — сторожем біля воріт, котрий сам ефективно лікує багато хвороб і цим стримує потік хворих до лікарень та лікарів-спеціалістів, консультації яких коштують австралійському уряду (та і приватним хворим) набагато дорожче, ніж гонорари родинного лікаря. Тому, згідно з австралійським законодавством, до лікаря—взького спеціаліста можна потрапити тільки зі скеруванням від родинного лікаря. Це трапляється, коли родинний лікар не може діагностувати або лікувати якусь хворобу чи оперувати самотужки. Іноді хворі самі звертаються до родинного лікаря з таким проханням. Звичайно, родинний лікар не завжди погоджується з хворими, що їх слід скерувати до лікаря-спеціаліста. Проте в більшості таких випадків він усе одно дасть їм таке скерування, щоб не сперечатися

ся з хворими, до того ж хтозна, може, і справді з цими хворими “щось не так”. Великою мірою рішення, чи скерувати хворого до вузького спеціаліста, залежить від кваліфікації родинного лікаря. Скажімо, особисто я вважаю, що хворі на депресію чи з наркотичною залежністю мають завжди лікуватися або принаймні також відвідувати фахівців-психіатрів, водночас є родинні лікарі, які люблять надавати таку допомогу самі. З іншого боку, не всі лікарі займаються “малою хірургією” чи мають дороге обладнання для огляду та лікування шкірних хвороб.

Проте майже завжди розпочинати лікування все одно доводиться родинному лікарю, бо в Австралії бракує лікарів-спеціалістів (особливо ортопедів-хірургів, психіатрів, урологів, алергологів чи отоларингологів). Тому іноді (у нетермінових випадках) доводиться чекати 1–2 місяці, щоб до них потрапити (навіть на приватну консультацію). У випадках, коли родинний лікар зовсім не знає, що з таким хворим робити, він може отримати коротеньку пораду-консультацію від лікаря-спеціаліста по телефону.

У термінових випадках (скажімо, перелом кістки чи гострий інфаркт міокарда) родинний лікар викликає карету швидкої допомоги (ambulance) і відсилає хворого до приватної чи державної лікарні.

У будь-якому випадку родинний лікар пише *скерування хворому на консультацію до лікаря-спеціаліста* (referral letter to see a Specialist). У загальному форма скерування довільна, проте там обов’язково має бути прізвище спеціаліста, до якого скеровується хворий, прізвище, адреса та реєстраційний номер родинного лікаря, котрий скерує хворого, адреса та телефон хворого. У листі, як правило, лікарі звертаються один до одного по імені. Часто лист починається словами: “Дякую за те, що Ви оглянули мого хворого, котрий звернувся до мене зі скаргами на...” Потім кількома реченнями, родинний лікар описує об’єктивний стан та результати досліджень хворого, чи має він якісь інші хвороби, додає копії інших документів та перелік лікарських засобів, які хворий уже приймає. Далі родинний лікар пояснює, чому він хоче, щоб хворого оглянув спеціаліст.

Написання листа не потребує багато часу, бо більшість австралійських лікарів користується комп’ютерними програмами, де вже є готові “кістяки” подібних скерувань, до того ж деякі лікарі-спеціалісти заздалегідь постачають родинних лікарів бланками скерувань до себе (залишається тільки вписати туди причину скерування і підписатися). Проте деякі родинні лікарі, особливо спеціалісти, диктують свої листи на магнітофон, а потім їх роздруковує секретарка. Як правило, скерування до спеціаліста дійсне протягом року (його слід щороку в разі потреби поновлювати у родинного лікаря), проте в деяких випадках воно може бути “на необмежений час”.

У термінових випадках лікар може просто подзвонити у приймальне відділення замість писати листа. Якось я оглянув 4-місячну дитину з інвагінацією кишечника, котру я негайно скерував до лікарні. Коли мати спитала про скерування, я відповів, що моїм найкращим скеруванням є брудні пелюшки дитини зі слідами крові...

На відміну від родинних лікарів майже всі лікарі-консультанти беруть з хворих від 30 до 60 доларів більше, ніж за це їм платить державне медичне страхування (Medicare). Якщо хворий не може (або не хоче) платити гроші за консультацію приватному лікарю-спеціалісту, то родинний лікар скерує його до поліклінічного відділення місцевої державної лікарні (Outpatient Clinics). Проте таким хворим доводиться іноді дуже довго чекати, щоб їх оглянув лікар у державній поліклініці. До того ж це може бути не спеціаліст, а тільки молодосвідчений клінічний ординатор... У зв’язку з недостатнім фінансуванням в австралійських державних лікарнях бракує лікарів-спеціалістів. Тому всі скерування від родин-

них лікарів проходять через медичне сортування (triage), розподіляються на три категорії ургентності (невідкладності) і вносяться у відповідну чергу чи, як тут це називають, лист очікування — waiting list. Наприклад, у штаті Квінсленд іноді доводиться чекати до трьох років, щоб бути оглянутим урологом. Або, скажімо, вас скеровують до гастроентеролога. Ви чекаєте до 6 місяців, щоб він вас оглянув, потім він записує вас у чергу на ендоскопію, на яку знову доведеться чекати 2–3 місяці.

Звичайно, негаразди в системі державної медицини погіршують якість роботи родинних лікарів. Згідно з результатами одного з опитувань австралійських лікарів, їх найбільше непокоїв брак ліжок у лікарнях та старечих будинках, задовга черга хворих, щоб потрапити до лікаря-спеціаліста та на планове лікування до лікарні.

Після консультації в лікаря-спеціаліста хворий у більшості випадків повертається для продовження лікування у свого родинного лікаря. Одночасно родинний лікар отримує листа (чи електронного листа) від спеціаліста, в якому в довільній формі спеціаліст описує анамнез хвороби, свої клінічні спостереження, результати аналізів та додаткових досліджень, остаточний діагноз, план подальшого лікування і чи потрібно хворому знову консультуватися в цього чи іншого лікаря-спеціаліста в майбутньому.

Як не дивно, австралійські лікарі люблять спати по ночах, і тільки поодинокі міські родинні лікарі самі забезпечують медичну допомогу своїм пацієнтам у нічний час. Нині приблизно кожна десята консультація родинного лікаря відбувається після 5-ї години вечора чи до 8-ї години ранку. В австралійських містах цим займаються спеціальні *нічні медичні центри* (After-hours Family Clinics), котрі скеровують своїх лікарів за домашніми викликами хворих. У таких центрах працюють чи підпрацюють молоді лікарі та закордонні лікарі, котрі ще не мають повної медичної реєстрації в Австралії. За таку дружню нічну послугу родинні лікарі мають платити таким центрам певну суму грошей (наш медичний центр, скажімо, платить більше 500 австралійських доларів щомісяця). Звичайно, якість таких консультацій іноді могла би бути і кращою. До того ж нічним лікарям важко з'ясувати проблеми хворих, бо вони їх бачать переважно тільки раз у житті і не мають доступу до історій хвороб.

Австралійським родинним лікарям також доводиться робити всебічні медичні огляди здорових людей, котрі оформлюють приватні медичні страховки, планують пірнати з аквалангом чи йдуть на відповідальну або небезпечну роботу (наприклад, шахтарі чи професійні водії).

Проте і саму роботу медичних центрів теж всебічно оглядають. Наприкінці кожного року Державна комісія зі страхування здоров'я робить ретельний аналіз діяльності кожного лікаря. Річ у тім, що при лікуванні австралійських громадян (які користуються обов'язковою державною системою медичного страхування — Medicare), щоб отримати винагороду від держави, лікар має надати дані про тип консультації (кожна процедура, рентгенологічне та лабораторне обстеження має свій номер чи шифр). Усі ці дані вводяться в єдиний комп'ютер і їх потім досить легко підрахувати. Раз на рік кожному родинному лікарю висилають підсумок його консультацій (на шести сторінках) порівняно з іншими родинними лікарями (відповідно сільської чи міської місцевості). Для прикладу, за 2003 рік автор здійснив 8051 консультацію та процедуру (це становить 80 перцентилів порівняно з іншими міськими родинними лікарями). Тобто в середньому я оглядав близько 30 хворих щодня (проте слід урахувати також, що, на відмінну від більшості інших лікарів, я веду порівняно багато тривалих консультацій). Цікаво, що кілька років тому в Австралії ввели положення, що якщо лікар оглядає

понад 80 хворих щодня більше ніж 20 разів протягом року, то його діяльність буде перевірятися (вважають, що при такій швидкій чи тривалій роботі якість праці лікаря може постраждати).

У звіті дається аналіз, як часто я оглядав моїх хворих залежно від їх віку (скажімо, хворих, кому за 75 років, я оглядав у середньому 4 рази на рік).

Було підраховано, у скільки тисяч австралійських доларів моя професійна діяльність обійшлася австралійським платникам податків. Сюди увійшли оплата моєї праці, субсидії австралійського уряду за ліки, що я виписав, ціна для держави тих лабораторних та рентгено-діагностичних досліджень, на які я скерував моїх хворих, та у скільки обійшлися державі візити хворих до лікарів-спеціалістів, до яких я скерував на подальше лікування моїх хворих (у середньому ця сума становить понад півмільйона австралійських доларів на рік). Ці комп'ютерні розрахунки, зокрема, виявили, що я призначав частіше, ніж більшість інших лікарів, лабораторні та рентгено-діагностичні дослідження. Австралійські лікарі з острахом ставляться до таких результатів, бо Державна комісія зі страхування здоров'я може прислати своїх лікарів-ревізорів для перевірки клінічної практики будь-якого лікаря. З іншого боку, багато австралійських лікарів (у тому числі й автор) боїться того, що їх можуть судити, якщо вони пропустять якусь хворобу, і тому призначають багато додаткових досліджень і частіше скеровують своїх хворих до лікарів-спеціалістів. Живемо, як у казці: ліворуч підеш — коня втратиш, праворуч підеш — сам загинеш.

Розумний комп'ютер також підраховував, що я оглянув більше 3500 різних хворих (це значно більше, ніж середній австралійський лікар, через те що я багато працював у вечірній час й оглядав також багато "чужих" хворих). Я також міг порівняти, як довго тривають мої консультації хворих порівняно з іншими лікарями (залежно від тривалості консультації в Австралії виділяють чотири основні типи консультацій). Виявилось, що я частіше проводив довші консультації, ніж більшість австралійських лікарів. Я також дізнався, що за кожну тисячу моїх консультацій я виписував 1450 рецептів (але були й такі лікарі, котрі виписували удвічі більше!).

З 2000 року в Австралії проводиться також щорічна добровільна *акредитація медичних центрів* — перевірка якості організації праці медичного центру.

Елементами такої акредитації є вивчення адекватності заходів щодо дотримання конфіденційності інформації про хворих, вчасне забезпечення термінової медичної допомоги, вишкіл молодшого персоналу, запобігання поширенню інфекційних хвороб у медичних центрах тощо.

Акредитацію медичних центрів в Австралії проводять спеціальні неприбуткові компанії, найбільша серед них — Australian General Practice Accreditation Limited. З цією метою два представники компанії (лікар та медсестра) відвідують медичний центр, проводять співбесіду з лікарями, медичними сестрами, реєстраторками, спостерігають за роботою медичного центру, оглядають медичне обладнання центру, записи в історіях хвороб кількох пацієнтів, вивчають, як у медичному центрі зберігають документи, записують хворих на прийом, аналізують дані Державної комісії з медичного страхування про роботу медичного центру протягом останнього року, а також результати анонімного опитування хворих про роботу медичного центру. Процес акредитації триває близько 4 годин. За цей час вивчаються понад 200 (!) різних показників роботи медичного центру. Наприклад, чи хворі можуть записатися на прийом до лікаря протягом двох робочих днів чи написано у медичному центрі інструкцію для персоналу, як записувати та відповідати на телефонні дзвінки пацієнтів.

Медичні центри, що пройшли акредитацію, отримують спеціальне посвідчення — грамоту, яку вони вішають на стіні своєї вітальні, щоб хворі бачили, що вони мають справу з солідним медичним центром.

Акредитовані медичні центри отримують щороку невеличкі дотації від державної системи медичного страхування, проте лікарі, що відмовляються проходити акредитацію, стверджують, що за той час, що вони мають витратити на підготовку паперів для акредитації, вони можуть більше заробити грошей, оглядаючи своїх хворих.

Для підвищення якості роботи родинних лікарів австралійський Коледж родинних лікарів за участю Австралійської медичної асоціації, уряду та інших зацікавлених організацій розробив також спеціальні Standards for General Practices — Стандарти для кабінетів родинних лікарів. Книжечка з їх описом має більше 60 сторінок.

Для “підтримки родинної медицини в Австралії, поліпшення ефективності та якості роботи, координації зусиль у галузі родинної та профілактичної медицини” Федеральний уряд Австралії в 1998 році заснував ще одну бюрократичну організацію — Австралійські округи (“дивізії”) родинної медицини (Australian Divisions of General Practice (ADGP), яка субсидується федеральним Міністерством охорони здоров’я. Країну було поділено на 118 округів, у кожному штаті було створено також окреме управління. Членство в цій організації добровільне, проте у 2005 році в ній було “записано” 94% родинних лікарів. Пояснюється така незвичайна для Австралії однаковість дуже просто — за участь у державних програмах (national programs) формально незалежним від держави родинним лікарям платять окремі гонорари. Скажімо, я брав участь у програмі щодо комп’ютеризації медичного центру, де я тоді працював. Мені було прочитано п’ять безкоштовних лекцій комп’ютерними інженерами і заплачено 1000 доларів (за те, що я там навчався). У 2005 році ця організація втілювала в життя 12 різних програм. Наприклад, через цю організацію Міністерство охорони здоров’я виділило кошти на забезпечення безкоштовного лікування хворих клінічним психологом. Проте скеровувати на таке лікування можуть лише ті родинні лікарі, котрі пройшли відповідне короткотривале (заочне) навчання з психіатрії ([www.racgp.org.au/mentalhealth](http://www.racgp.org.au/mentalhealth)). Або ще один приклад: родинний лікар скерує хворого, що отримує одночасно п’ять і більше різних препаратів, на консультацію до клінічного фармаколога (щоб перевірити можливі небажані взаємодії ліків, ускладнення фармакотерапії та пояснити хворому, як правильно вживати ліки). Клінічний фармаколог надсилає лікареві листа зі своїми рекомендаціями, які пізніше родинний лікар та хворий обговорюють. За таку працю лікар отримує додатковий гонорар. Ці округи також організують чи втілюють у життя санітарно-просвітні кампанії (щодо боротьби з курінням, ранньої діагностики раку грудей тощо), а також організують для лікарів лекції з підвищення кваліфікації.

Звичайно, не всі родинні лікарі схвально ставляться до такої співпраці з державою, бо вони традиційно пишалися своєю клінічною незалежністю від бюрократів від медицини, а тепер виглядає, що Міністерство охорони здоров’я хоче підступно зробити їх “гвинтиками машини” і послабити позиції незалежного від уряду Коледжу австралійських родинних лікарів. До того ж уряд витрачає великі кошти на утримання цих організацій замість того, щоб просто віддати їх безпосередньо лікарям. (Докладніше про роботу “австралійських округів родинної медицини” можна дізнатися на сторінці Інтернету [www.adgp.com.au](http://www.adgp.com.au)).

Перелякані зростанням кількості судових позовів незадоволених результатами лікування пацієнтів австралійські родинні лікарі пишуть також дуже до-

кладні історії хвороб (див. про це в розділі “Стосунки між лікарем та хворим в Австралії”, сторінка в Інтернеті — <http://home.iprimus.com.au/pavlo>).

Усе ж слід відзначити, що велика частина паперової роботи добре компенсується відповідною винагородою. Скажімо, за написання медичного звіту-висновку для правників (*medico-legal report*) лікарі отримують мінімум 70 доларів за одну сторінку. Так само оплачуються звіти лікарів Міністерству у справах ветеранів збройних сил та Комісії з відшкодування хвороб, що виникли на роботі (*Worker's Compensation*, або *Work Cover*).

Так само, як і колись дільничні лікарі в Україні, австралійські лікарі мають витрачати багато часу не тільки на писання (чи друкування на комп'ютері) історій хвороб пацієнтів, а й на *заповнення різних бюрократичних форм*, які тут називають “червоною стрічкою” — *red tape*. В Австралії навіть було створено спеціальну консультативну групу, що складалася з представників родинних лікарів та бюрократів від Міністерств охорони здоров'я, у справах ветеранів збройних сил, соціального забезпечення та Державної комісії зі страхування здоров'я (*GP Red Tape Taskforce*).

Метою роботи цієї групи було розробити рекомендації, як максимально спростити численні урядові форми, які доводиться заповнювати австралійським лікарям. Проте якщо результатом роботи шахтаря є добуте вугілля, то результатом роботи бюрократа є створення нової бюрократичної форми. Одним із останніх прикладів цього є запровадження нових безкоштовних послуг населенню — консультацій клінічних психологів та фізіотерапевтів. Але щоб отримати доступ до цих послуг, хворий має спочатку звернутися до родинного лікаря, котрий, у свою чергу, має докладно оглянути хворого і заповнити *GP Management Plan* — план лікування хворого родинним лікарем, а потім, під час другої окремої (!) консультації, заповнити розроблену бюрократами анкету (*Team Care Arrangement*).

Коли я пропрацював у місцевій медицині більше десяти років, у мене склалися враження, що австралійські родинні лікарі з незалежних вискоєфективних фахівців поступово перетворюються на колишніх радянських лікарів, котрі заповнюють різні форми та видають витяги, скерування та довідки.

Звичайно, частина лікарів просто намагається якнайскоріше задовольнити нагальний запит хворого (наприклад, якщо хворий прийшов з ангіною, то йому випишуть антибіотик і не будуть намагатися перекопати, що він має кинути курити чи що ліпше лікувати його бронхіальну астму). Деякі лікарі, щоб прискорити “оборот” хворих, навіть вивішують табличку: “за одні відвідини вирішуємо тільки одну проблему”. Тому для підвищення якості медичної допомоги та заохочення лікарів надавати всебічні послуги (а не тільки ті, що дають швидкий прибуток) австралійський уряд запровадив Програму прогресивної оплати лікарям (*Practice Incentives Program*), про яку можна докладно прочитати на сторінці Інтернету [www.hic.gov.au/rip](http://www.hic.gov.au/rip). Лікарі, котрі беруть участь у цій програмі, отримують додаткову (до своїх звичайних гонорарів за лікування хворих) винагороду від Державної комісії з охорони здоров'я за застосування у своїй роботі комп'ютерних технологій, проведення поглиблених медичних консультацій з плануванням всебічної медичної опіки (*care planning*), забезпечення медичної допомоги у позаробочий час (вечірній та нічний), участь у підготовці клінічних ординаторів з родинної медицини, у програмах з раціонального призначення лікарських засобів (*National Prescribing Service*) та за працю в сільській місцевості Австралії.

Протягом десятиріч австралійський уряд намагався обмежувати кількість родинних лікарів в Австралії (щоб заощадити на медичних витратах). Австралійський уряд обмежував кількість студентів, котрі вчилися на медичних факультетах.

тетах, намагався гальмувати імміграцію до Австралії лікарів з-за кордону (докладніше про це див. у розділі “Заморські лікарі” в Австралії”).

Одним із наслідків такого обмеження став суттєвий брак родинних лікарів у сільській місцевості, невеличких містах та на околицях великих міст, де багато лікарів, як тут кажуть, *close their books* — закривають свої книги, тобто відмовляються оглядати нових хворих, бо не встигають вчасно оглядати і своїх пацієнтів. Скажімо, у деяких медичних центрах беруть “на обслуговування” тільки одного нового хворого на тиждень. У 2003 році в містечку Вагга Вагга (*Wagga Wagga*) кореспондентка місцевого радіо мала чекати десять тижнів, щоб потрапити на нетерміновий огляд до місцевого лікаря. Це, звичайно, екстремальний приклад, проте навіть у нашому містечку Редкліффі деякі родинні лікарі вже втратили контроль над ситуацією і їхнім хворим доводиться вирішувати, чи чекати два-три тижні, щоб потрапити до свого лікаря, чи звертатися до лікарів великого медичного центру, чи навіть просто йти до відділення швидкої допомоги місцевої державної лікарні. До речі, можливість потрапити до свого родинного лікаря в той самий день хвилює значно більший процент австралійців, ніж те, чи погоджується цей доктор оглянути хворого безкоштовно (*Bulk-billing*). Якось я стояв біля нашої реєстраторки, коли підійшов один чоловік і запитав, чи в нашому центрі оглядають хворих безкоштовно. Реєстраторка відповіла, що ні. Тоді він подумав і запитав, чи може він потрапити до лікаря сьогодні. Реєстраторка знову відповіла, що ні. Тоді хворий пішов до виходу з медичного центру... Іншим разом я стояв біля реєстраторки, коли підійшла вагітна жінка з дитиною і запитала, чи можна записатися на прийом. Вона стверджувала, що щойно перебралася до нашого району і їй сьогодні вже відмовили в шести (!) медичних центрах. Офіційно місцевостями “нестачі лікарів” вважаються райони, де на одного родинного лікаря припадає більше 1400 пацієнтів.

Однією з причин відносного браку родинних лікарів в Австралії є *поступове скорочення їх робочого дня*. Якщо в 1995 році вони в середньому працювали 48,2 години щотижня, у 2000 році — 45,5 години, то у 2002 році — 41,1 години (у 2004 році я особисто працював 54 години щотижня). Ця тенденція, мабуть, буде продовжуватись, бо лікарі все частіше відмовляються бути працеголіками (про поняття “працеголік” у австралійському розумінні див. у розділі “Нариси про австралійське суспільство”, сторінка в Інтернеті <http://home/primus.com.au/pavlo>). Згідно з результатами опитування клінічних ординаторів з родинної медицини у 2003 році тільки 53% з них планували працювати родинними лікарями на повну ставку. Таке “несерйозне” ставлення родинних лікарів до своєї роботи не подобається австралійським хворим, котрі звикли до того, що їхній лікар завжди перебуває на роботі.

Не сприяє вирішенню проблеми браку лікарів і та обставина, що частина молодих лікарів не затримується на довгий час в одному й тому самому медичному центрі, а продовжує шукати для себе краще місце праці. До того ж тепер дружини лікарів теж, як правило, працюють і лікарям доводиться зважати на можливість працевлаштування та кар’єрне просування своєї дружини (чи чоловіка).

На відмінну від колишніх радянських дільничних лікарів, більшість з яких були представниці прекрасної половини людства, родинна медицина в Австралії завжди була *традиційно чоловічою спеціальністю*. Тільки в останнє десятиріччя в медичних школах кількість дівчат стала іноді перевищувати кількість юнаків. Загалом сьогодні жінки становлять тільки 27% від загальної кількості австралійських лікарів (35,2% відсотка родинних лікарів), проте серед родинних лікарів віком до 35 років їх уже 46%.

У 2004 році 58,7% лікарів, що вирішили вчитися на родинного лікаря, були жіночої статі. Прогнозують, що у 2010 році жінки становитимуть 68% родинних лікарів Австралії. (Автор сподівається, що на той час він ще буде працювати й австралійські чоловіки будуть записуватися до нього в чергу як до “лікаря-чоловіка”!).

Досить своєрідну роль відіграють *лікарі-жінки в родинній медицині*. З одного боку, до них, природно, звертаються пацієнтки з жіночими хворобами. У медичному центрі, де я працював раніше, на сім лікарів-чоловіків припадала одна лікар-жінка, і останній доводилося проводити половину свого робочого часу між ногами своїх пацієнток, беручи цервікальні мазки. З іншого боку, жінки-родинні лікарі часто мають свої родини і не можуть працювати стільки робочих годин, як їх колеги чоловічої статі. Часто-густо вони працюють на півставки (part time) — чотири-шість годин на день (у середньому 30 годин на тиждень), і коли в них самих з’являються маленькі дітки, то їм доводиться іноді шукати роботу в медичних центрах з гнучким розкладом роботи. Одна моя австралійська колега (мати чотирьох дітей), котра працювала в нас у вечірній час, тримала в себе в кабінеті колиску зі своєю маленькою дитиною.

Тому й не дивно, що кар’єра родинної медицини більше до душі австралійським лікаркам, ніж лікарям (які частіше намагаються стати спеціалістами). Проте хворим (особливо тим, що працюють) більше до вподоби такі лікарі, до яких можна записатися в той же день і на будь-який час (особливо вечірній чи суботній), тим більше що в багатьох невідкладних випадках хворі не можуть чекати на свою лікарку два-три дні, поки вона появиться у клініці (деякі з них працюють тільки 1–2 дні на тиждень).

Згідно з одним з австралійських досліджень, консультації австралійських лікарок тривають, як правило, довше, ніж у лікарів-чоловіків. Лікарки виписують порівняно більше медикаментів і більше займаються питаннями жіночого здоров’я та психіатрії. Особливості їх роботи звучать англійською мовою лаконічно та майже поетично: smears and tears — (цервікальні) мазки та сльози (пацієнток).

З точки зору австралійських урядовців від медицини основною проблемою фемінізації медицини є те, що жінки-родинні лікарі у середньому працюють на 30% менше годин на тиждень, ніж їх колеги-чоловіки. Іншими словами, щоб замінити сім родинних лікарів-чоловіків, потрібно десять лікарок.

Брак лікарів в Австралії збільшився і через суттєве зростання кількості судових позовів проти лікарів і відповідне збільшення ціни страхування лікарів у медичних захисних організаціях (докладніше про це див. у розділі “Стосунки між лікарем та хворим в Австралії”, сторінка в Інтернеті — <http://home.iprimus.com.au/pavlo>). Ці обставини призвели до того, що частина лікарів передпенсійного віку (котра вже накопичила певний фінансовий капітал і боїться його втратити) вирішала раніше піти у відставку. Це змусило уряд дати гарантії юридичного захисту лікарів-пенсіонерів (retired Doctors). Їх закликають працювати на півставки, лікарями-заступниками чи викладати на медичних факультетах (наприклад, пропедевтику внутрішніх хвороб).

На жаль, “популяція” родинних лікарів старіє. З 1991 по 2003 роки проша-рок родинних лікарів віком до 35 років скоротився від 22,3 до 10,0%, а кількість родинних лікарів віком 55 та вище відповідно зросла від 21,4 до 31,6%. Ніхто не знає, чи вдасться їх замінити через 10 років (тим більше що в Австралії на пенсію можна йти в 55 років).

З іншого боку, австралійське населення також поступово старіє. Якщо у 2003 році тільки 10% австралійок та австралійців становили особи віком 65 років та

більше, то у 2026 році таких осіб буде 20,5% від загальної кількості населення. А старші люди, як відомо, до лікарів звертаються набагато частіше, ніж люди молодого віку. Отже, попит на лікарів в Австралії зростатиме...

Щоб зменшити дефіцит родинних лікарів в Австралії, уряд усе більше покладається на імміграцію закордонних лікарів, котрі у 2003 році вже становили 28% родинно-лікарської “робочої сили”.

У Західному світі існує, напевно, тільки дві величезні незаселені країни — Канада та Австралія. У віддалених від великих міст на сотні і тисячі кілометрів селища економічно не можливо утримувати медичних спеціалістів (для них немає достатньо роботи). У таких обставинах весь тягар падає на плечі *сільських родинних лікарів*.

Як стверджують австралійці, життєздатність будь-якого селища (яке буває дуже віддаленим від решти цивілізації) залежить від надійного постачання води та наявності в селищі родинного лікаря. Так само, як і в українському селі, австралійський сільський лікар є дуже поважною людиною. На жаль, майбутнє родинної медицини в сільській місцевості Австралії не виглядає дуже райдужним, бо сільська медицина, як відомо, тримається на повністю відданих своїй шляхетній справі родинних лікарях-чоловіках літнього віку, котрі виконують процедурні медичні маніпуляції (хірургічне лікування, акушерську роботу та анестезіологію). На зміну їм приходять молоді лікарі, переважно жіночої статі, котрі часто-густо такими спеціальностями не цікавляться. Сільським мешканцям Австралії все частіше доводиться їхати чи летіти за сотні кілометрів, щоб народити дитину чи прооперувати апендицит. До того ж сучасні випускники медичних вузів, на відміну від їх старших колег, відмовляються від “стаханівського” методу роботи і хочуть проводити менше часу на роботі, а більше часу віддавати своєму дозвіллю. Певно, тому, на відміну від австралійських міст, у віддалених місцевостях іноді катастрофічно бракує лікарів, і тільки завдяки закордонним лікарям вдається більш-менш забезпечити медичну опіку.

Класичний радянський анекдот про розподіл молодих лікарів повною мірою стосується й Австралії. Спочатку роботу в Києві отримує відмінник навчання, котрий щиро дякує “ректорату, парткому, профкому та радянському уряду за довіру”. Потім десь на периферії України отримує своє призначення студент, котрий непогано вчився, він так само всім дякує. І, нарешті, студента-трієчника послають на роботу на Чукотку. Останній дякує ректорату, парткому, профкому, радянському уряду та царському уряду (!). Коли його запитали, чому він дякує царському уряду, студент відповів: “За те, що цар Аляску продав американцям!” В австралійському варіанті студенти мають дякувати Папуа-Новій Гвінеї за те, що вона здобула незалежність від Австралії (бо раніше саме туди їх і посилали у прямому і переносному значенні цього слова...). Щоб поліпшити ситуацію, австралійський уряд намагається насамперед заохочувати сільську молодь вступати до медичних факультетів, бо, як виявилось, лікарі-вихідці з австралійського села частіше і на довше затримуються в сільській місцевості, ніж лікарі, що зростали в містах. Студентам з сільської місцевості навіть пропонують спеціальні стипендії (Rural Australian Medical Undergraduate Scholarships) за умови, що вони погодяться по закінченні університету лишитися на селі. Випускникам австралійських медичних факультетів, котрі погоджуються працювати на селі, австралійський уряд списує частину боргу за їх освіту (громадяни Австралії мають оплачувати приблизно 25% вартості їх навчання в австралійських університетах, решту бере на себе австралійський уряд). Усі клінічні ординатори з родинної медицини мають відпрацювати мінімум 6 місяців у сільській місцевості, в австралійських університетах створюються спеціальні кафедри з сільської ме-

дицини. Проте багато з клінічних ординаторів за першої ж можливості тікають з сіл назад до вогнів великих міст. Однією з причин цього явища є і та обставина, що їх часом посилають у місцевості, де вони не мають можливості порадитися з більш досвідченими колегами і вимушені виживати, наче та людина, котру кинули у глибоку річку вчитися плавати... Іноді навчання чи праця в сільській родинній медицині розбиває подружнє життя.

Австралійське дослідження психологічного профілю сільських родинних лікарів засвідчило, що серед них більше шукачів пригод та гострих відчуттів порівняно з їх міськими колегами.

Сільським родинним лікарям австралійський уряд часто надає безкоштовні приміщення для їх приватної практики, платить на два з половиною долари більше за стандартну консультацію хворого (порівняно з міськими лікарями) при умові, що лікарі не беруть з хворого грошей (bulk-bill). Водночас у багатьох маленьких селах такі лікарі за сумісництвом стають головними (і єдиними) лікарями місцевої державної лікарні, за що вони отримують окрему зарплату та службову машину з безкоштовним паливом. Про специфіку сільської родинної медицини і мій особистий досвід роботи в австралійському селі також оповідається у моїй попередній книзі про Австралію (розділ “Нариси про австралійське суспільство”. Див. на сторінці Інтернету <http://home.iprimus.com.au/pavlo>).

Австралійські сільські лікарі мають свою асоціацію (Rural Doctors Association of Australia), яка прагне, щоб сільським лікарям більше платили грошей (ніж їх міським колегам) і надали статус *сільського родинного лікаря-спеціаліста*.

Отже, загальними тенденціями “робочої сили” у родинній медицині є збільшення прошарку представниць прекрасної половини людства та лікарів, що здобули свою лікарську освіту за межами Австралії, постаріння лікарів, скорочення тривалості робочого тижня лікарів та переселення сільських родинних лікарів до австралійських міст.

Серед лікарів, котрі працюють у центрах великих міст, є великий прошарок представників та представниць “сексуальних меншин”. Як відомо, в Австралії представники (і представниці) сексуальних меншин намагаються жити компактно (у центральних частинах великих австралійських міст). Такі пацієнти віддають перевагу лікарям, які також належать до їх “сексуальної орієнтації” і тому “краще їх розуміють”. У таких медичних центрах лікарям доводиться порівняно більше займатися висловлюючись за тов. Леніним, “наболілими питаннями нашого руху” — венеричними і психічними хворобами та наркоманією (на які гомосексуалісти хворіють порівняно частіше).

В Австралії і певний прошарок медиків належить до нетрадиційних сексуальних орієнтацій. Не всі з них це визнають, проте ми маємо Асоціацію лікарів-лесбіянок Австралії, яка регулярно проводить свої конференції. Навіть одна з недавніх колишніх президентів Коледжу родинних лікарів була відомою активісткою лесбіянського руху в Австралії (докладніше про це буде написано в розділі про соціальне життя австралійських лікарів).

Цікаво, що у штаті Вікторія є спеціальний комітет з проблем здоров’я гомосексуалістів та лесбіянок при Міністерстві охорони здоров’я штату.

Деякі лікарі займаються проблемами здоров’я “сексуальних працівниць”. Останні мають проходити регулярний огляд у лікаря і мати “повідчення про сексуальне здоров’я”.

У певних районах Австралії концентруються наркомани, лікуванням яких теж доводиться займатися родинним лікарям. До “популярних” наркотиків в Австралії належать амфетамінові препарати, галюциногени (насамперед мари-

хуана), наркотичні засоби (морфін, героїн, кокаїн), бензодіазепінові препарати та барбітурати.

Австралія — спортивна країна, в якій багато людей роблять свою кар'єру у професійному спорті. За ними наглядають *родинні лікарі, котрі спеціалізуються у догляді за спортсменами* (sports doctors). Останнім доводиться вирішувати ряд етичних дилем, як-от: оберігати приватну інформацію про стан здоров'я спортсменів від допитливих журналістів, не піддаватися тиску хворих спортсменів та їхніх тренерів і не дозволяти повертатися спортсменам до змагань чи тренувань до того, як вони повністю одужають.

Частина лікарів, котрі володіють іноземними мовами, можуть мати досить великий прошарок пацієнтів, для яких англійська мова не є рідною (до таких належить майже 20% населення країни). Це часто трапляється, якщо родинний лікар працює у медичному центрі, що розташований у районі, де концентрується багато представників етнічних меншин. Скажімо, у "російському" районі Сент-Кілда у місті Мельбурні є Русский медицинский центр. В арабських чи китайських районах Сіднея більшість пацієнтів розмовляє з лікарем своєю рідною мовою. У місті Брізбені є три україномовних родинних лікарі — доктор Андрій Плюта (народився в Австралії), доктор Олександр Сердюк (народився в Кіровограді, проте освіту здобув в Австралії) та ваш автор (випускник Київського медінституту). Але я працюю далеко від українських поселень в Австралії і, на відміну від моїх колег, маю в середньому тільки одного україномовного пацієнта щотижня (хоча деякі хворі іноді приїжджали на консультацію на 100 км).

Одночасно разом з ростом і старінням населення Австралії аналогічні демографічні процеси відбуваються і в австралійських в'язницях. В'язні теж люди, вони теж хворіють і тоді їх доглядають особливі родинні лікарі (prison Doctors), котрі часом потрапляють у складні медично-етичні ситуації. З одного боку, їм доводиться ділитися конфіденційною інформацією про стан здоров'я в'язнів з немедичним персоналом; з іншого боку, вони повинні повідомляти про випадки тортур у в'язницях, лікувати хворих, котрі оголошують страйки-голодування.

Інші родинні лікарі співпрацюють з органами правосуддя. Один з них — австралійський родинний лікар українського походження Ігор Якубович (Dr Igor Jakubowicz), котрий працює на півставки судовим медиком (forensic medical officer) для Інституту судової медицини штату Вікторія (Victorian Institute of Forensic Medicine — [www.vifm.org](http://www.vifm.org)). Його можуть викликати у будь-який час для забору крові на вміст алкоголю у водіїв, на огляд жертв сексуальної наруги, до ув'язнених, котрі скаржаться на тортури поліції, чи навіть на місце вбивства. На відміну від звичайних хворих, злочинці часто намагаються ввести лікаря в оману стосовно стану свого здоров'я. Але найбільше захоплення у д-ра Якубовича викликає його участь як медичного експерта в судових засіданнях. Виступи в суді, на його думку, стимулюють інтелектуальну діяльність, бо іноді важко збагнути, в яку пастку намагаються заманити лікаря-експерта австралійські юристи.

Деякі родинні лікарі вступають на юридичні факультети і починають працювати експертами з медико-юридичних справ (medico-legal experts). Але більшість австралійських лікарів (і я з ними включно) не любить виступати в суді. Ця робота забирає багато часу, відволікає від лікування хворих та й погано оплачується. За робочий час, проведений у суді, лікар міг би заробити у 4–5 разів більше, ніж йому заплатить поліція. Мені також довелося виступати експертом в одній кримінальній справі про жорстоке побиття групою молодиків двох чоловіків. Все відбувалося, як у численних американських кінофільмах про судові засідання. Складалося враження, що всі: і адвокати, і прокурор, і суддя — просто грали свої ролі і все було давно розписано наперед, а я втратив цілий день.

Слід зазначити, що в Австралії стало модним бути “спеціалістом” або консультантом (коли навіть медсестри, котрі займаються проблемами годування немовлят, називають себе “спеціалістами з лактації” — Lactation consultant). Тому іноді можна почути трохи зневажливе: “Та він тільки родинний лікар (GP)”. Враховуючи цю обставину (а також бажаючи заробити більше грошей меншими зусиллями) деякі родинні лікарі намагаються використовувати слово “спеціаліст” чи “спеціальний”, щоб підкреслити, що вони тямлять у якійсь галузі більше, ніж “звичайний родинний лікар”. Так, маємо “спеціалістів” з м’язово-скелетної медицини, венерології, чоловічого чи жіночого здоров’я, акушерства, педіатрії, наркології, психіатрії, нетрадиційної медицини, голкотерапії, медицини для подорожуючих за кордон (travel medicine) тощо. Ці лікарі об’єднуються у свої коледжі, які насправді не прирівнюються до коледжів визнаних лікарів-спеціалістів (див. про це в окремому розділі). Інші родинні лікарі після свого імені додають, що вони мають “спеціальний (особливий) інтерес у сексуальному здоров’ї” чи, наприклад, стерилізації чоловіків — один родинний лікар з міста Брізбена зробив понад 23 тисячі операцій вазектомії (перев’язки сім’яних канатиків). Деякі родинні лікарі відкривають клініки шкірних хвороб (Skin Clinics), косметології або з проблем жіночого здоров’я (Women’s Health Clinics), проте вони формально не є дерматологами чи гінекологами і їх послуги державна Комісія зі страхування здоров’я (Medicare) оплачує так само, як і інших родинних лікарів (тобто набагато нижче, ніж лікарів-спеціалістів), а послуги лікарів-косметологів пацієнтам доводиться повністю оплачувати самим. Деякі (але, на жаль, далеко не всі) з цих лікарів додатково навчаються у галузі своєї спеціалізації. Скажімо, я пройшов 6-місячну госпітальну кваліфікацію з гінекології та акушерства та річний заочний курс з практичної дерматології (в Університеті Валлії в місті Кардіффі — [www.dermatology.org.uk](http://www.dermatology.org.uk)).

Нині в Австралії точаться дебати, чи така тенденція до спеціалізації родинних лікарів дає нам позитивну різноманітність, чи негативне роздроблення родинної медицини. Чи не поглибить вона дефіцит родинних лікарів “широкого профілю”, тим більше що ніхто не спеціалізується у малоприбуткових галузях, скажімо, з лікування хронічних хвороб?

Цікаво, що австралійський уряд, враховуючи позитивний досвід Великої Британії, розглядає можливість залучення приватних родинних лікарів до роботи в державних поліклініках, що спеціалізуються у дерматології, кардіології чи діабетології (тому що в Австралії також бракує спеціалістів-терапевтів широкого профілю).

А поки що, як вузько не спеціалізувалися б родинні лікарі, щоб підтримувати свій статус професійно зареєстрованого лікаря (і, відповідно, отримувати вищу винагороду за свої консультації), вони мають як мінімум 50% свого робочого часу віддавати загальній практиці.

Деякі родинні лікарі називають себе просто — “спеціаліст загального профілю — Specialist Generalist”.

Слід зазначити про кумедну обставину: “докторами” люблять називати себе представники інших професій. Ми маємо в Австралії The Tap Doctor — доктора з кранів (сантехніка), Electric Shock Doctor — доктора з електричних шоків (електрика), The Door Doctor — доктора з дверей, The Tree Doctor — доктора з дерев (садівника), The Leather Doctor — доктора з обробки шкіри (кушніра) тощо.

Звичайно, неможливо змалювати якогось *стереотипного австралійського родинного лікаря*. Одне з недавніх опитувань родинних лікарів засвідчило, що тільки 9% з них мали розкішну машину (за австралійськими мірками) і тільки 11% відвідували оперу, театри та картинні галереї. У цілому на зміну старшим

і часто багатодітним лікарям-чоловікам (у віковій групі 65 років та вище 14% лікарів мали 6 та більше дітей) приходять молоді, переважно бездітні лікарки-жінки (тільки 55% з яких належать до європеїдної раси).

Серед австралійських родинних лікарів можна зустріти і оптимістів, і песимістів, і дуже відданих своїй справі працеголівків, і людей, що прославилися своїми успіхами на інших стежах (скажімо, у політиці чи доброчинстві). Один родинний лікар з Брізбена став відомим на всю Австралію, коли виграв на місцевому шоу “Хто хоче бути мільйонером” півмільйона австралійських доларів. Другий австралійський лікар, кавалер Ордена Австралії Джеймс Райт написав 26 книжок, бере участь у телевізійних програмах і працює вже протягом 50 років в одному медичному центрі. Серед австралійських родинних лікарів ви можете зустріти і талановитих художників, і музикантів (які знаходять час, щоб здобути формальну освіту зі своєї другої “професії”). Так, вищезгаданий доктор Ігор Якубович захоплюється музикою і добре грає на бандурі. Так само, як у Київському медичному інституті колись працював доцент Коцар, про якого ходив жарт, що хворому повідомляли перед операцією: “Вас буде оперувати заслужений діяч мистецтва України!” Доцент Коцар справді мав таке почесне звання за керівництво ансамблем “Метелиця” при Київському медичному інституті (тепер — Національний медичний університет).

Австралійський родинний лікар українського походження Нестор Фіголь має унікальну колекцію поштових марок про Україну.

Одна родинна лікарка, котра обслуговувала проституток, почала писати п'єси про їхнє життя і навіть брати участь у шоу як одна з проституток.

Водночас траплялися поодинокі випадки, коли родинні лікарі ставали злочинцями, шахраями і навіть зумисно вбивали своїх пацієнтів.

Як правило, австралійські родинні лікарі дуже привітні, вони з усмішкою вітають своїх хворих. Проте бувають надзвичайно серйозні і навіть грубі лікарі. Коли я тільки розпочав працювати родинним лікарем в Австралії, то дав оголошення в російськомовній газеті про місце своєї роботи. Одне російське подружжя відгукнулося на нього і приїхало до мене на консультацію. Коли вони сиділи у приймальні нашого медичного центру, чекаючи на свою чергу, вони намагалися вгадати, хто з лікарів був “своїм”. Пізніше вони мені призналися, що подумали про іншого лікаря, який виглядав значно серйознішим за мене (і який відомий своєю непривітністю до хворих).

Як і всі інші трудящі Австралії, *родинні лікарі мають право на відпочинок*. У великих медичних центрах, де працює багато лікарів, це не є проблемою, бо вони можуть між собою домовитися і скласти графік відпусток. Значно складніше самотнім лікарям (так званим solo practitioners), особливо в сільській місцевості, де сусідній лікар може практикувати за сотні кілометрів (щільність сільського населення в Австралії надзвичайно низька). У таких випадках лікарі за кілька місяців наперед починають шукати собі тимчасову заміну — т. зв. заступника — Locum. З ними в Австралії офіційна криза — вони тут на вагу золота, у справжньому дефіциті. Досить часто сільські лікарі просто змушені (а іноді й їхні сільські колеги, котрі бояться втратити своїх хворих) відмовитися від відпустки через те, що не вдається знайти собі заступника або ж він в останню мить відмовляється від контракту. З тієї ж причини сільські лікарі часто-густо не можуть поїхати на курси вдосконалення чи семінари, навіть просто покинути своє містечко під час вихідних.

Щоб заманити до себе заступника, дільничні лікарі іноді платять їм більше, ніж самі заступники зароблять гонорарів від пацієнтів. У сільській місцевості таким заступникам платять від 4000 до 6000 доларів щотижня, їм ще й, звісно,

оплачується проїзд та житло. Деякі лікарі-заступники вимагають платні на рівні 100–110 австралійських доларів за годину своєї праці.

Чому ж так важко знайти охочих? По-перше, досить тяжко постійно кочувати з місця на місце, жити без родини та без друзів. По-друге, Іосіт має постійно працювати з новими незнайомими хворими та медичним персоналом, а в Австралії людський фактор, теплота стосунків між лікарем та хворим відіграють велику роль. До того ж знаю зі свого досвіду, що часом хворий не може розказати новому лікарю анамнез (історію) своєї хвороби, а почерк його постійного лікаря прочитати комусь іншому просто неможливо або лікар узагалі писав дуже мало. По-третє, у різних місцевостях існують різні стосунки та ненаписані правила співпраці з місцевими лікарнями, що також не полегшує роботу лікаря-заступника. По-четверте, відносна кількість молодих чоловіків-лікарів в Австралії постійно скорочується, а випускниці-лікарки, кількість яких зростає, не такі охочі їхати у Тмутаракань (хоча й тут трапляються жінки, котрим бракує романтики). По-п'яте, майже такі самі гроші молоді лікарі можуть заробити, підпрацьовуючи у міських медичних центрах чи приватних лікарнях. І, нарешті, молоді лікарі, які проходять спеціалізацію, мають усе менше можливостей переривати своє післядипломне навчання через постійно зростаючі вимоги до їх знань, а в сільській місцевості часу на читання книжок практично немає.

Серед дуже строкатої публіки лікарів-заступників можна виділити дві найбільші категорії: молоді лікарі, що не визначилися з майбутнім, котрі хочуть роздівитися навколо і особливі цінують можливість свободи вибору (місяць попрацював, місяць провів на курсах чи помандрував по найглухіших куточках, скажімо, Тасманії), та відставні родинні лікарі, котрі час від часу хочуть підзаробити.

У місцевих австралійських медичних журналах ви можете натрапити на статтю на кшталт “Як привабити лікаря-заступника для вас”, де навіть наводять розцінки на Іосіт у деяких штатах Австралії.

В Австралії навіть існують спеціальні приватні агентства, які займаються пошуком лікарів-заступників для приватних практик. Згідно з твердженням власника одного з таких агентств сьогодні вони можуть задовольнити тільки половину попиту на Іосіт-лікарів. Це і зрозуміло, бо в сільській місцевості суттєво бракує навіть постійних лікарів. Тобто спочатку треба вирішити проблему браку лікарів у сільській місцевості взагалі.

Які ж можливі виходи пропонують в Австралії? Це і збільшення кількості родинних лікарів, хоч, як я писав раніше, австралійський уряд обмежує кількість позицій для спеціалізації родинних лікарів і кількість ліцензій на приватну практику (т. зв. provider numbers). Це і примусове відрядження “на село” молодших лікарів під час їх праці в міських лікарнях. Усе більше заохочують приїздити на тимчасове перебування “заморських” лікарів з англійських країн світу (переважно молодих англійців, котрі шукають пригод). Звичайно, таким лікарям потрібно призвичаюватися як до унікальної австралійської балачки, так і до системи охорони здоров'я. Ідеальним було б існування професійних лікарів-заступників, але таких диваків одиниці. У деяких сільських місцевостях вдалося створити постійні позиції Іосіт. Такий лікар живе в певній місцевості і регулярно працює в різних приватних практиках. Але ж є і приватні практики, які розташовані за двісті і більше кілометрів від сусідів! Тому всі в Австралії визнають, що проблему лікарів-заступників найближчим часом вирішити не вдасться.

Протягом останніх років в Австралії спостерігається тенденція до об'єднання окремих родинних лікарів у медичні центри (така собі капіталістична колективізація!). *Медичним центром* в Австралії називають приватну медичну установу (дуже подібну до українського поліклінічного відділення), в якій об'єднують

ся кілька приватних лікарів. Перевагами великого медичного центру є можливість заощаджувати витрати на приміщення, середній медичний персонал, мати більше діагностичного обладнання та розміщувати в цьому ж приміщенні медичні лабораторії, аптеки та рентген-кабінети.

Іноді в медичних центрах орендують приміщення фізіотерапевти, психотерапевти, дієтологи, аудіологи і навіть спеціалісти-медики. Хоча, як правило, спеціалісти різних фахів об'єднуються у своїх, окремих від родинних лікарів центрах. Недарма ж народна мудрість стверджує: знайся кінь з конем, а віл — з волом. Це, звичайно, зручно хворим і вигідно власникам медичного центру (іноді ними є підприємці, а не лікарі).

Медичні центри намагаються розташовувати біля великих торговельних центрів чи станцій електрички. Я неодноразово спостерігав, як деякі хворі просто завозять до медичного центру візок, заповнений продуктами з сусіднього супермаркету. Вони записуються до будь-якого першого-ліпшого лікаря, отримують рецепт, з яким чимчикують до сусідньої аптеки. Як кажуть австралійці, one-stop shopping — за один раз повністю купитися.

У 2003 році майже половина (48%) родинних лікарів Австралії вже працювала у великих медичних центрах, де було четверо чи більше лікарів. Тільки 20% лікарів працювало поодиноці, а 31% лікарів об'єднувалися в колективи, що склалися з 2–3 осіб. Згідно з Австралійською медичною асоціацією (Australian Medical Association) таке об'єднання щороку дозволяє заощадити кожному лікарю від 10 до 20 тисяч австралійських доларів на утримання практики. Негативною рисою такого об'єднання лікарів в австралійських передмістях з низькою щільністю населення та в сільській місцевості є те, що в таких випадках лікарі географічно віддаляються від частини своїх пацієнтів. Скільки б не було в Австралії приватних автомобілів на душу населення, проте частина людей похилого віку та інвалідів не має водійських прав, а громадський транспорт на австралійській периферії далеко не такий розвинутий, як у великих містах.

Водночас багато хворих більше цінують приватність та можливість бачити одного й того самого лікаря в його дуже приватному кабінеті (і за це вони погоджуються платити додаткову ціну), де, на щастя, рідко можна зустріти своїх знайомих і атмосфера значно більше подібна на домашню... Відверто кажучи, великий медичний центр на півночі Брізбена, де я працював протягом 5 років, нагадував мені Центральний залізничний вокзал Києва (у мініатюрі), забитий пасажирами, як оселедцями в діжці...

Усі лікарі в медичних центрах мають доступ до історій хвороб (які тут називають files) усіх пацієнтів і можуть замінювати одне одного у вечірній час чи у вихідні дні, що особливо до вподоби багатьом молодим лікарям (а ще більше лікаркам), які, на відмінну від старшого покоління родинних лікарів, хочуть мати ще і світське життя і віддають перевагу гнучкому графіку роботи. До того ж частина молодих лікарів не любить довго затримуватися на одному місці і серйозно "обростати" своїми регулярними пацієнтами. Мало хто з молодшого покоління планує пропрацювати в одному медичному центрі протягом 30 років (що характерно для старшого покоління родинних лікарів).

Деякі медичні центри випускають свої невеличкі газетки з санітарно-освітніми матеріалами, які також містять рекламні матеріали про ці медичні центри (години роботи, адреси, імена лікарів).

Ті ж лікарі, що працюють поодиноці у своїх кабінетах (їх іноді називають solo medical practitioners — "солістами"), особливо в сільській місцевості, часто-густо мають забезпечувати своїх хворих цілодобовою медичною допомогою. Вони дають хворим номер свого мобільного телефону або пейджера і в разі необ-

хідності можуть приїхати вночі оглянути свого хворого у приватному кабінеті чи навіть у хворого вдома. Як тут кажуть, зробити домашній візит — *to do a home visit*. Ці лікарі працюють, як колись за царя працювали земські лікарі. Вони відмовляються зливатися з іншими медичними центрами, бо хочуть зберегти свою самостійність.

На відміну від США в Австралії поки що не існує професії помічника лікаря (чи фельдшера). Проте все більше родинних лікарів починає наймати *медичних сестер* (*practice nurse*). Медсестри розвантажують лікаря від малопродуктивної та рутинної праці (вакцинація, перев'язка ран, проведення процедур, запис електрокардіограм, спірометрії, ведення медичних форм та заповнення питальників, догляд за операційною, автоклавування), що дозволяє лікареві заощадити багато часу.

Слід підкреслити, що година праці медсестри оплачується як мінімум утричі дешевше ніж за цей час може заробити родинний лікар. Проте деякі родинні лікарі (особливо ті, що працюють поодинокі) вважають, що фінансового зиску від медсестер мало (і їх потрібно вчити і постійно збільшувати зарплатню) і є небезпека, що в майбутньому медсестри можуть “відбитися від рук” і працювати незалежно від родинних лікарів. Тим більше що австралійський уряд уже створив прецедент, створивши посаду *independent nurse practitioner* — “незалежної практикуючої медсестри” для роботи у віддалених місцевостях країни. Таким медсестрам дозволили самим виписувати рецепти і скеровувати хворих на рентгенологічні дослідження. Якщо таким медсестрам дозволять працювати у великих містах, то якість охорони здоров'я, на думку Австралійської медичної асоціації, суттєво знизиться. Проте австралійський уряд зацікавлений у такій перспективі, бо медсестрам можна платити значно менше, ніж лікарям, і можна прозвітувати перед австралійськими виборцями, що проблему браку лікарів вирішено раз і назавжди! До речі, сьогодні австралійські бюрократи серйозно розглядають питання, щоб дозволити медсестрам, фізіотерапевтам, фармацевтам та подаїтристам виконувати традиційно лікарські функції (робити первинний огляд хворого, виписувати рецепти, давати лікарняні листки тощо). Але скажіть мені, навіщо створювати “босоногих лікарів”, як це робили в Китаї, у багатій і цивілізованій країні Австралії? Чи не краще “потрусити калиткою” і просто збільшити кількість студентів-медиків в університетах?

*Реєстраторки* (*Receptionist*) не тільки ведуть запис хворих на прийом до лікаря і знаходять на полицях історії хвороб пацієнтів, вони також “працюють на касі” — приймають оплату за лікування від хворих і в перервах між змінами стежать за чистотою та порядком у лікарських кабінетах. Як правило, реєстраторки комп'ютерно грамотні, бо нині запис хворих у більшості медичних кабінетів здійснюється за допомогою комп'ютерних програм (лікар теж може це робити на своєму комп'ютері). Реєстраторкам також доводиться друкувати листи лікаря і працювати в Інтернеті (більшість лікарів в Австралії отримує результати аналізів електронною поштою). Деякі з реєстраторок можуть записувати електрокардіограми чи проводити спірометрію.

Серед австралійських лікарів немає одноставної думки, чи повинна реєстраторка проводити “медичне сортування хворих”, коли родинний лікар зайнятий іншими хворими, проте вона зобов'язана повідомити лікаря про всі “підозрілі випадки”, коли людина страждає, скажімо, на болі в ділянці серця чи має якусь висипку на шкірі. У медичних центрах, де наймають медсестер, у таких випадках реєстраторки одразу викликають медичну сестру, а вона вже приймає рішення, чи слід негайно повідомити лікаря. У будь-якому випадку родинний лікар несе повну юридичну відповідальність за неправильні дії свого персоналу.

Далеко не кожному австралійську реєстраторку можна назвати австралійською красунею, головне — щоб вона могла впоратись зі своїми обов'язками і була привітна з пацієнтами. Не всі з них дуже молоді, наприклад, двом з трьох реєстраторок, котрі працюють у моєму медичному центрі, понад 50 років (до речі, в Австралії заборонено відмовляти людям у працевлаштуванні через їхній вік, і деякі люди у своїх анкетах-заявах на роботу свідомо не вказують його). У деяких медичних центрах реєстраторки мають уніформу або просто мають носити одяг, у якому білий верх і темний низ. За свою працю вони отримують у штаті Квінсленд 18–20 доларів на годину.

У медичних центрах, де об'єднуються 5 і більше лікарів, окрім реєстраторок та медсестер, ще наймають на повну ставку і т. зв. *менеджерів* (Practice manager), котрі звільняють лікарів від поглинаючої багато часу організаційної праці з молодшим персоналом (підшукування персоналу, медичних приладів та медикаментів, планування розкладу роботи, розгляд скарг пацієнтів, робота з паперами, робота з бухгалтером, тощо). Такі менеджери зароблять приблизно 40 тисяч австралійських доларів на рік.

Я часто згадую слова мого друга лікаря Петра Петровича Герасимюка, котрий очолює кардіологічне відділення в Черкасах, що якби він жив у 19 столітті, то був би не лікарем, а священиком. Адже медична опіка — це значно більше, ніж просто призначення ліків для лікування хвороб. Як правило, австралійський родинний лікар має дуже привітні і дружні стосунки з переважною більшістю своїх хворих. Проте австралійський родинний лікар намагається поєднувати в собі ролі медика, просвітителя, друга, охоронця державної скарбниці та невеличкого бізнесмена, бо родинна медицина в Австралії є не тільки гуманною професією, а і *приватним бізнесом*. Родинний лікар часто проявляє альтруїстичні почуття до своїх хворих (і на відміну від місцевих юристів часто виконує паперову роботу для пацієнтів задурно), проте він має заробляти собі на життя, дати освіту своїм дітям і мати можливість відпочивати у комфортних умовах після виснажливої праці. Певною мірою кожен лікар є і бізнесменом, котрий має планувати роботу свого медичного кабінету таким чином, щоб заробляти якнайбільше. Лікар, котрий володіє медичним центром, називається директором чи патроном (practice principal). Він наймає інших лікарів та молодший персонал і за допомогою свого менеджера керує роботою медичного центру, займаючись, серед іншого й господарськими проблемами.

Як правило, лікарі, котрі спільно володіють медичним центром (їх тут називають партнерами — partners) чи працюють незалежно один від одного під одним дахом (їх називають спільниками — associates), заробляють більше, ніж лікарі, котрі працюють окремо.

Цікаво, що заробітки лікарів залежать і від тієї обставини, як багато лікарів об'єднується в одному медичному центрі. Згідно з даними Австралійського бюро статистики пересічний родинний лікар в Австралії у 2002 році в середньому заробляв 101 тисячу австралійських доларів на рік (до виплати податків). Проте ті лікарі, котрі працюють у невеличких медичних центрах (де об'єднується 2–5 лікарів), заробляли в середньому всього 95 тисяч доларів. Водночас у великих медичних центрах (понад 10 лікарів) середні заробітки становили 107 тисяч доларів на рік. Це можна пояснити і раціональнішим використанням дорогого медичного обладнання у великих медичних центрах, і гнучкішим розкладом роботи великих медичних центрів. На жаль, витрати на медичний центр зростали на 6% щорічно протягом останніх 7 років, тоді як виплати за консультації лікарям від Державної комісії зі страхування здоров'я зростали тільки на рівні інфляції країни (два-три відсотки на рік).

Керівництво деяких медичних центрів навіть не приховує, що основною його метою є досягнення максимальних прибутків (що виглядає досить цинічно і скоріше по-американськи, ніж по-австралійськи). З одного боку, це досягається максимальною раціоналізацією організації праці лікарів. З іншого боку, лікарям “рекомендують” скеровувати хворих до своїх рентген-кабінетів, фізіотерапевтів та інших фахівців і проводити найбільш фінансово вигідні типи консультацій. Скажімо, якщо родинний лікар за годину проведе 7 “стандартних консультацій”, кожна з яких має формально тривати від 5 до 20 хвилин, то він заробить мінімум 220 доларів, якщо ж родинний лікар за годину проведе тільки дві “довгі консультації”, що мають тривати від 20 до 40 хвилин, то він як мінімум може заробити 118 доларів. Парадокс ситуації полягає в тому, що ті лікарі, котрі практикують “швидку медицину”, синонімом якої може тільки бути слово “неякісна”, можуть винагороджуватися державною системою страхування майже вдвічі краще, ніж лікарі, котрі знаходять час детально вислухати й оглянути хворого. Щоб подолати це безглуздя, австралійська система державного медичного страхування запровадила нові типи консультацій “поліпшеної первинної медичної опіки”, які можна проводити хронічним хворим раз на рік і за які виплачується досить пристойна винагорода.

Або ще один приклад, як можна порівняно легко робити гроші при бажанні, — примушувати хворих приходити щоразу, щоб обговорити результати аналізів (раніше лікарі часто викликали хворих, якщо виявлялася якась патологія, або просто дзвонили своїм хворим). Проте австралійська система державного страхування відмовляється платити за телефонні консультації.

В Австралії також з’явилося кілька великих *медичних корпорацій*, які буквально купують лікарів (як спортсменів).

У середньому родинному лікареві пропонують до 300 тисяч австралійських доларів за підписання п’ятирічного контракту (крім того, лікар буде отримувати 50–60% від тієї суми грошей, що він зароблятиме для корпорації). У чотирьох найбільших медичних корпораціях на кінець 2005 року працювало близько 5 процентів австралійських лікарів, і 80–85% з них були налаштовані продовжувати свої контракти з корпораціями. Лікар-засновник однієї з найбільших корпорацій (Primary Healthcare) увійшов до десятка найбагатших людей Австралії. Водночас одна з таких корпорацій лопнула і лікарям не заплатили за останні два тижні праці... Критики таких медичних корпорацій стверджують, що немає жодної рації працювати на власників акцій корпорації чи на “великого боса”, коли кільком родинним лікарям можна просто об’єднатися і так само добре організувати свою роботу.

Щоб трохи зменшити податкове ядро, багато родинних лікарів працюють під парасолькою своїх медичних компаній і намагаються занижувати свої доходи (про які вони пишуть у податковій декларації) і збільшувати витрати на бізнес (які не обкладаються податком). До цих витрат належать оплата молодшого персоналу (часто лікарю допомагають дружина чи навіть його діти підліткового віку) та охоронців, оплата за медичне обладнання та перев’язочні матеріали, різноманітні страховки, оплата за приміщення та його утримання (рахунки за телефон, електрику та необхідні ремонтні роботи), витрати на поїздки на медичні конференції (іноді в екзотичні країни), вартість автомобіля та його утримання.

Частина лікарів працює у медичних центрах, які належать іншим лікарям чи навіть просто місцевим підприємцям-“буржуям”, що не мають медичної освіти. Переважна більшість таких лікарів формально вважаються незалежними контракторами (independent contractor), але іноді їх наймають на роботу і вони стають “найманцями” (employee). В обох випадках ці лікарі не повинні ні за що

платити, проте медичний центр виплачує їм тільки 55–70% від тієї суми, що вони заробляють, або мінімальну платню за годину (приблизно 60–70 австралійських доларів), якщо до них приходять замало хворих на прийом.

Родинні лікарі (як і всі інші працюючі австралійці) також мають перераховувати мінімум 9% відсотків від зарплати у свій пенсійний фонд. Більшість лікарів також страхується на випадок втрати працездатності (income protection), раптового захворювання (trauma insurance) чи передчасної смерті (life insurance).

Раніше лікарі, котрі йшли на пенсію, традиційно продавали свій медичний кабінет та т. зв. goodwill — клієнтуру, репутацію та зв'язки фірми. Останнім часом лікарям нескладно продати приміщення свого медичного кабінету, але рідко хто нині купляє goodwill, бо лікарів усюди бракує, і хворим все одно доведеться шукати собі лікаря.

Зароблені у медицині гроші родинні лікарі часто вкладають у нерухомість, акції приватних компаній, купують ферми з відгодівлі худоби, вирощують бавовну чи виноград. Таким чином їм вдається законно полегшити податкове яро і збільшити капітал.

*Ціна медичних послуг* певною мірою регулюється законом капіталістичної політекономії про попит та пропозицію. У сільських районах та у місцевостях, де лікарів бракує, за відвідини родинного лікаря доводиться доплачувати частіше (у 2002 році тільки 35% прибутків сільських лікарів були за рахунок безкоштовних візитів — bulk-billing), ніж у великих містах, де ще багато лікарів задовольняються розцінками державної Комісії зі страхування здоров'я (55% від загальних прибутків). Докладніше про принципи оплати роботи лікарів в Австралії оповідається в розділі “Скільки коштує лікування в Австралії”.

У сільській місцевості додатковим суттєвим джерелом прибутку приватного родинного лікаря є його, як правило, не дуже обтяжлива, проте цілодобова робота в сільській державній лікарні.

У великих австралійських містах іноді виникає навіть *конкуренція між родинними лікарями за хворих*. Медичні центри намагаються привабити до себе хворих наданням безкоштовних для австралійців медичних послуг (bulk-billing), зручними для хворих годинами роботи та розташуванням центру біля зупинок громадського транспорту, наявністю лікаря жіночої статі.

В Австралії, на відмінну від Великої Британії, пацієнти не “прикріплені” до певних дільничних лікарів, а мають право консультуватися в будь-якого родинного лікаря, незалежно від свого місця проживання. Як кажуть, ми обираємо, нас обирають. Це загалом добре, бо хворий часто може знайти собі такого лікаря, котрий йому найбільше до вподоби. Згідно з даними одного з опитувань австралійських пацієнтів 94% австралійців мали свого постійного родинного доктора, половина з опитаних зверталася до одного й того ж медичного центру протягом 5 років, і тільки третина з них змінила свого родинного лікаря через незадоволення його працею чи особистістю. У середньому пересічний австралієць відвідує одного й того самого родинного лікаря протягом 10 років (проте відомий найтриваліший час — 60 років!). Загальна тенденція така: чим старіший хворий, тим імовірніше, що він має свого “регулярного” лікаря.

Коли хворий вирішує почати ходити до іншого лікаря, він може попросити нового лікаря забрати його справу (patient's file) в попереднього родинного лікаря. Цей лікар дає хворому підписати стандартне звернення, де вказується адреса нового лікаря та прізвище хворого, і це звернення відсилається поштою до попереднього лікаря. Як правило, лікарі відсилають таку справу одне одному дуже швидко і часом безкоштовно. Іноді лікарі вимагають заплатити їм за це 20–30 доларів.

Деякі хворі перетворюються на “doctor-shoppers” — починають ходити од-ночасно до різних лікарів. Вони можуть робити це з різних причин (докладніше див. у розділі “Стосунки між лікарем та хворим в Австралії” на сторінці Інтернету <http://home.iprimus.com.au/pavlo>), проте приватний лікар не може перевірити, чи “його” хворий ходить ще й до іншого лікаря, бо це було б порушенням закону про приватність хворого.

Іноді проблеми з правом лікувати тих самих хворих виникають тоді, коли родинний лікар переходить працювати з одного медичного центру до іншого. Я маю гіркий особистий досвід такого переходу. Я пропрацював в одному великому медичному центрі п’ять років. Пропри мої неодноразові прохання протягом двох років, що мені потрібна кімната з природним, а не штучним освітленням, керівництво медичного центру не подбало про мої умови праці, і я попередив їх за чотири тижні, що переходжу працювати до іншого медичного центру. Тоді директор мого медичного центру (мій колега-лікар!) почав погрожувати мені, що він подасть на мене до суду, якщо я буду продовжувати лікувати в новому медичному центрі хворих, котрих я лікував у цьому медичному центрі. Він стверджував, що існує закон про конкуренцію у підприємстві, який забороняє переманювати клієнтів, ділові стосунки з якими розпочалися в одній приватній компанії, коли співробітник такої компанії переходить до іншої компанії чи відкриває власний бізнес. У таких ситуаціях нова компанія (коли йдеться про лікарів) має бути розташована на відстані мінімум 7 кілометрів від попередньої компанії. Мені довелося перевірити це питання з юристом Австралійської медичної асоціації, котрий запевнив мене, що цей закон на мене не поширювався, бо я не підписував жодної формальної угоди з моїм попереднім медичним центром. (Проте я знаю випадки, коли лікарі, що підписували такі угоди, вимушені були переїздити “за сьомий кілометр”). Після того, як я перестав працювати в тому медичному центрі, реєстраторкам було заборонено казати мою нову адресу моїм колишнім хворим, хоч я переїхав усього за 4 кілометри від моєї попередньої праці! Мені було прикро, що мої колеги так вчинили щодо мене та моїх хворих, тим більше що я пішов від них через їх байдуже ставлення до умов моєї праці. Я хотів би підкреслити, що в нашому штаті Квінсленд лікарів бракує, і немає жодної потреби так “битися за хворих”, бо люди чекають годинами чи навіть днями, щоб потрапити на прийом до свого лікаря. Уже через сім місяців після того, як я перейшов до нового медичного центру, я був змушений припинити запис нових хворих, бо не встигав оглядати моїх регулярних хворих. (Про те, як австралійські лікарі можуть рекламувати свої послуги, написано в розділі “Стосунки між лікарем та хворим в Австралії”, сторінка в Інтернеті — <http://home.iprimus.com.au/pavlo>).

Австралійському уряду вигідно мати приватних родинних лікарів. Консультації приватних родинних лікарів обходяться для австралійського уряду в 5 разів дешевше, ніж аналогічні консультації у приймальних відділеннях державних лікарень, де слід плати зарплатню та відпускні багатьом співробітникам (у тому числі санітарам, прибиральникам, медсестрам, носіям, охоронцям, електрикам, адміністраторам та секретарям) і страхувати лікарню за рахунок держави на випадок судового позову “залікованими хворими”. Приватний же родинний лікар сам наймає допоміжний персонал на свої зароблені під час консультацій хворих гроші, і йому ніхто не надає платної відпустки чи оплачуваного лікарняного листка.

Останнім часом в Австралії почали створювати безкоштовні для населення медичні центри, які працюють у позаробочий час неподалік від державних ліка-

рень (after-hours bulk-billing GP clinics), щоб розвантажити приймальні відділення державних лікарень і задовольнити вимоги австралійських виборців про “безкоштовних родинних лікарів”. Знову ж таки, обслуговування одного хворого в таких центрах обходиться державі у 5 разів дорожче, ніж гонорар, який держава платить приватному родинному лікарю за надання такої самої послуги хворій людині.

На мою думку, створення безкоштовних державних поліклінік у місцевостях, де бракує лікарів, призведе тільки до розшарування населення на багатих, котрі ходитимуть до приватних лікарів, та бідних, які відвідуватимуть такі поліклініки. Прибутки приватних лікарів зростуть, також зростуть і витрати держави на утримання таких поліклінік.

На жаль, так само, як і в інших англійських країнах (США, Велика Британія та Канада), австралійські студенти-медики поступово втрачають інтерес до родинної медицини. Якщо в 1999 році на 400 місць у клінічній ординатурі з родинної медицини в Австралії претендувало 850 студентів, то у 2003 році на 600 місць у клінічній ординатурі було тільки 616 охочих. При цьому, як правило, лишаються частково незаповненими місця у клінічній ординатурі з сільської родинної медицини (rural pathway). Причини цього явища ще досліджуються. Від родинної медицини лікарів відштовхують порівняно менші (ніж у лікарів-спеціалістів) заробітки, менша престижність спеціальності родинного лікаря, брак творчого компонента в роботі, більша професійна залежність від інших лікарів тощо. У Великій Британії, наприклад, серед студентів-медиків поширена думка, що в родинну медицину завжди потрапиш, якщо в щось інше не проб'єшся...

З іншого боку, на тих англійських медичних факультетах, де студенти-медики мали нагоду стажуватися у кабінеті родинного лікаря, інтерес до родинної медицини був вищим.

Щоб підвищити мораль родинних лікарів та їх авторитет серед населення, в Австралії щороку проводять тиждень родинного лікаря (Family Doctor Week). Під час цього тижня організують, скажімо, крос, у якому беруть участь і лікарі. Через засоби масової інформації наголошується, що кожна родина повинна мати свого родинного лікаря і не забувати про регулярні перевірки здоров'я.

В Австралії певною мірою існує і так звана інтелектуальна криза в родинній медицині. Тільки 4% родинних лікарів беруть участь у наукових дослідженнях, хоча на родинних лікарів лягає основний тягар лікування багатьох терапевтичних, педіатричних та гінекологічних хвороб. Щоб заохотити наукові розробки, родинним лікарям пропонують невеличкі стипендії та гранти і навіть почали зараховувати очки в післядипломну освіту лікарів за участь у наукових розробках.

Безумовно, лікарем бути важко, навіть в Австралії. Постійна перевтома від тривалих годин праці та частих стресів, необхідність постійно оновлювати свої знання, зростання кількості скарг та судових позовів проти лікарів, збільшення витрат на утримання медичних центрів, негативний вплив роботи на особисте життя — усе це призводить до розчарування великої частини родинних лікарів у професії. Опитування родинних лікарів свідчать, що майже половина з них не вибрали б цю професію, якби вони знову розпочинали свою кар'єру.

Унаслідок вищевказаних чинників лікарі мають підвищений ризик захворіти на депресію та тривожні стани, також відомі факти про зловживання наркотиками, порівняно високий рівень самогубств та розлучень серед лікарів.

Хоча латинське прислів'я і закликає лікаря лікувати себе (*Medice, cure te ipsum*), проте в англійських країнах лікарям рекомендують мати свого власного лікаря. На жаль, австралійські лікарі не люблять лікуватися у колег. Одне з місцевих австралійських опитувань засвідчило, що тільки 35% лікарів мали власно-

го родинного лікаря, 75% лікарів самі призначали собі антибіотики, 20% випи-сували собі рецепти на транквілізатори. Друге дослідження англійських лікарів довело, що вони не люблять обстежуватися у своїх колег (робити аналізи крові, ендоскопії, кардіологічні дослідження). Серед названих причин такого небажан-ня лікарів звертатися по медичну допомогу були страх, що їхні хвороби стануть відомі колегам (у штаті Вікторія, наприклад, існує закон, що лікарі мають повідом-ляти про колег, хвороби яких можуть бути небезпечними для їхніх хворих), брак часу “для себе”, переконання лікарів, що вони самі собі можуть поставити пра-вильний діагноз і призначити лікування. Тому Австралійська медична асоціація та керівники охорони здоров'я закликають лікарів мати свого власного родин-ного лікаря. Цікаве дослідження було проведено протягом десяти років в Англії. Студентів-медиків першого курсу було опитано за допомогою психологічно-го питальника, а через десять років проаналізовано, як склалася їхня медична кар'єра. Виявилося, що психологічно вразливіші студенти найчастіше обирали своїм фахом родинну медицину та психіатрію.

Згідно з австралійським дослідженням наркоманія вражає 0,5–1% ав-стралійських лікарів. Тяжка праця, знання про ліки, доступність рецептурних бланків та наркотичних анальгетиків (для докторської валізи невідкладної до-помоги) збільшують шанси лікарів перетворитися на напівкримінальних хворих. Найчастіше лікарі зловживають наркотичними анальгетиками — петидином та фентанілом. Рідше — бензодіазепіновими препаратами та кодеїном. Під час моєї праці в одній із лікарень мені довелося оглядати у відділенні швидкої до-помоги жінку з “сильними болями в животі”. Вона стверджувала, що в неї діаг-ностували жовчнокам'яну хворобу. Я був дуже зайнятий, призначив їй препа-рат морфію і пішов оглядати інших хворих. Коли я повернувся для оформлення історії хвороби жінки, то її вже не було. Переглядаючи з медсестрами її історію хвороби, ми раптово виявили, що під цим ім'ям до нас приходять один з місце-вих чоловіків-лікарів! Пізніше він знову мені трапився серед ночі, цього разу під своїм справжнім ім'ям, стверджуючи, що пошкодив собі плечовий суглоб, і знову просив сильних протибольових засобів...

Урядові медичні установи закликають лікарів-наркоманів повідомляти про свою хворобливу звичку і шукати допомогу в медичних управліннях своїх штатів чи звертатися до відповідного фахівця-психіатра. Родинні лікарі зобов'язані до-повідати про своїх колег-наркоманів. У такому випадку починається формальне розслідування. Лікаря має обстежити призначений управлінням штату колега, на нього дають характеристики його співробітники та інші зацікавлені особи. Після того відбувається засідання управління штату, яке має прийняти рішення про можливі обмеження, які мають бути накладені на роботу лікаря-наркомана. Йому можуть заборонити працювати лікарем на деякий час, зобов'язати здавати пе-ріодичні аналізи сечі (коли саме — лікар наперед не знає), ходити на огляди до психіатра-нарколога, заборонити виписувати ліки, до яких часто розвивається звикання (т. зв. Schedule 8 drugs). Завдяки таким заходам вдається реабілітувати близько 70–80% лікарів-наркоманів. Бувають і парадоксальні випадки. Наприклад, у 2004 році Медична адміністрація (Medical Board) заборонила працювати лікарем 90-річному ескулапу через те, що в нього розвинулася деменція.

Австралійські лікарі розміщують свої приватні кабінети по-різному. Одні намагаються працювати на самоті, купуючи собі хату або “квартиру” у багато-поверховому “діловому” будинку. Інші — об'єднуються у медичні центри.

Як звичайно на вході до кабінету лікаря буде прибито досить стандартну мідну табличку з ім'ям його господаря, за яким будуть стояти декілька літер, які свідчать, де лікар закінчив медичний університет, та про його приналежність

до одного з професійних коледжів Австралії. До речі, ця зроблена під золото дощечка коштує аж двісті австралійських доларів. Лікарі в Австралії заробляють відносно добре, проте за все, що пов'язане з медичним обладнанням, з них також деруть три шкури.

Медичні кабінети чи центри часто мають якусь назву. Найчастіше в ній буде названо місцезнаходження медичного центру або час його праці. Наприклад, я раніше працював у “Семидобовому медичному центрі на півострові Редкліф — Redcliffe Peninsula Seven Day Medical Centre”. Якщо в одному й тому самому районі розміщено два медичних центри, то один може називатися “Центр — Centre”, а інший — “Практика — Practice” чи “Родинна Практика — Family Practice”. Іноді медичний центр називають на честь релігійного святого чи просто “християнським”.

Якщо родинні лікарі медичного центру спеціалізуються в якійсь вузькій ділянці, то вони можуть про це зазначити в назві своєї установи. В Австралії є багато “Поліклінік з лікування раку шкіри — Skin Cancer Clinics”, “жіночих — Women’s” і “чоловічих — Men’s” центрів, поліклінік “сексуального здоров'я — Sexual Health” тощо. Цікаво, що більшість поліклінік сексуального здоров'я (чи венерологічних диспансерів, по-нашому) є державними і лікування там повністю безкоштовне та анонімне.

У Мельбурні є навіть приватний медичний центр, що переважно займається проблемами хвороб гомосексуалістів та лесбіянок і він має дещо суперечливу назву — “Точка Зору — Outlook”. У цьому центрі працюють і лікарі, що також мають відповідну сексуальну “точку зору”. До речі, назви медичних центрів бувають досить оригінальними. Один австралійський нейрохірург, що працює в місті Брізбені, назвав свій медичний кабінет — “Брізбрейн (BrizBrain)”, що означає “брізбенський мозок”.

Деякі медичні центри мають свої емблеми, які теж можуть підкреслювати характер їхньої роботи (скажімо, іграшковий ведмедик у поліклініці, де лікують багато дітей) або їх місцезнаходження (наприклад, рибка на гачку в центрі, розміщеного біля моря). Моя медична емблема складається з трьох шестикутних медових сот, в яких містяться червоний хрест, український Тризуб та дві бджілки (в моєму роду було як мінімум чотири покоління бджолярів, моя бабуся Санюша лікувала людей прополісом).

На відміну від досить стандартних кабінетів дільничних лікарів у колишньому СРСР, кожний лікар Австралії в великою мірою проявляє свою індивідуальність через своє вбрання (див. розділ “Стосунки між лікарем та хворим в Австралії”, сторінка в Інтернеті — <http://home.iprimus.com.au/pavlo>) та інтер'єр своїх “приватних кімнат” (private rooms — так трохи кумедно по-англійськи буквально називають приватний медичний кабінет лікаря), хоча, звичайно, є багато однотипних речей....

Проте так само, як театр починається з роздягальні, кабінет лікаря починається з приймальної кімнати, де вас зустрінє за столом чи стійкою привітна медсестра чи “працівниця реєстрації”, як ми сказали би в Україні. У приймальні на вас чекатимуть телевізор, журнали та газети, безкоштовна санітарно-освітня література різними мовами, плакати на стінах про необхідність регулярного обстеження (наприклад, що слід здавати цервікальний мазок Папаніколау, робити щеплення тощо).

У деяких приймальнях висять картини, їх навіть виставляють там на продаж (у мене, наприклад, висить двометрова картина “української Берегині” художниці Ольги Луценко). Водночас від програвання музичних творів лікарям довелося відмовитися, бо за це, згідно з австралійським законом про авторські права,

слід тепер платити грошенята. Проте тут рекомендують, щоб була якась музика чи програма радіо, щоб пацієнти, котрі сидять у приймальній кімнаті, не чули, про що говорить реєстраторка по телефону (часто вона має дзвонити пацієнтам додому і обговорювати з ними досить інтимні питання).

Для захисту від жаркого австралійського клімату всі медичні кабінети мають кондиціонери. Не всім хворим це подобається, але без кондиціонерів просто не можна обійтися. Так само як і в родині, комусь із хворих чи лікарів надто гаряче, комусь дуже зимно...

Окрім приймальні та кабінету лікаря, у приміщенні будуть, звичайно, процедурна кімната, де медсестра чи лікар буде знімати електрокардіограми, спірограми, робитиме щеплення, інгаляції та ін'єкції, накладатиме гіпс і триматиме дефібрилятор та ліки для невідкладних випадків; операційна кімната для маленьких операцій під місцевою анестезією (вирізання раків шкіри, зашивання ран тощо), кімната-склад; кімната відпочинку та перекусок для медичного персоналу; туалети. Безумовно, у різних спеціалістів облаштування приватних кабінетів буде чимось відрізняться.

Стіни в кабінетах лікарів пофарбовано у спокійних тонах. На чільному місці в кабінеті (або у приймальні) майже завжди буде висіти грамота-посвідчення про закінчення медичного факультету його власника. Наведу текст однієї з таких грамот мовою оригіналу:

**The UNIVERSITY OF QUEENSLAND**  
(Герб університету)  
**John Smith**  
having fulfilled the conditions prescribed by the University  
is this day admitted to the degree of  
**BACHELOR OF MEDICINE**  
**AND**  
**BACHELOR OF SURGERY**  
Chancellor/Vice-Chancellor/Registrar  
(Печатка)

Грамота має розміри двадцять на сорок сантиметрів у рамочці і виглядає досить пристойно. На жаль, в Україні таких грамот поки не видають...

Окрім цієї грамоти, можуть бути ще й подібних розмірів документи про приналежність лікаря до коледжу приватних лікарів (FRACGP) або одного з коледжів спеціалістів, про членство лікаря в Асоціації австралійських лікарів (Australian Medical Association), до якої входить більше половини австралійських лікарів. Усі ці організації також мають свої герби, і деякі лікарі вивішують їх стандартне зображення у вигляді інкрустації на металевій основі (розмірами десять на десять сантиметрів).

Деякі лікарі також вивішують посвідчення про проходження спеціалізації (скажімо, з гінекології) чи навчання на різних курсах підвищення кваліфікації. Пригадую, скільки маленьких посвідчень тримала моя мама — кіровоградський онколог у своїй скриньці, а її хворі не могли знати та оцінити, як багато вона вчилася під час усього свого професійного життя!

Часто на решті стінного простору можуть висіти справжні картини (у мене, наприклад, висять ікона Богоматері з Дитям і картини Валентина Школьного та Зіновія Дереха) чи їх репродукції, або просто малюнки дітей лікаря чи його маленьких пацієнтів, або груповий портрет його улюбленої команди регбістів. Тут

також можуть бути фотографії родини лікаря (часто їх ставлять у рамочці на робочому столі). Іноді на настінній табличці наведено цитату з Біблії або якесь розумне чи жартівливе речення.

Частину стін прикриватимуть шафи з книжками та численними інструкціями, санітарно-освітніми брошурами тощо. На відміну від своїх українських колег австралійські лікарі не соромляться заглядати у книжки у присутності своїх пацієнтів, якщо це потрібно. Особливо часто доводиться заглядати до фармацевтичного довідника. Дослідження свідчать, що австралійським хворим подобається, коли родинний лікар у їх присутності переглядає книжку чи звертається до комп'ютерної бази даних.

На одній із стін обов'язково висітиме екран для перегляду рентгенологічних та ультразвукових знімків. До речі, у частини медичних центрів є рентгенологічні кабінети і лікар має можливість одразу переглянути знімки сам (висновок спеціаліста-рентгенолога надходить у нетермінових випадках наступного робочого дня).

У певних (неблагонадійних) районах вікна кабінетів можуть бути, як у в'язниці, захищені спеціальними ґратами на випадок спроби пограбування або зроблені дуже маленькими, щоб туди ніхто не зміг залізти. Багато медичних центрів мають систему сигналізації й охороняються приватними охоронцями. В інших медичних центрах (і таких досить багато!) кабінети взагалі не мають вікон і лікарі весь день проводять при штучному освітленні. (Це, на мою думку, погано як для здоров'я лікаря, так і для діагностики багатьох шкірних хвороб.) Більше за те, на дверях чи вікнах медичних центрів для потенційних грабіжників на ніч лишають таблички на кшталт: "Наркотиків у приміщенні немає". Може, хтось і повірить...

Кушетка для огляду хворих завжди виглядає дуже солідно та "фундаментально". Як правило, вона досить висока (заввишки 90–100 см) і забиратися на неї потрібно, як на п'єдестал (для цього навіть є одна-дві спеціальні пересувні сходинки). Дітям це подобається, але старенькі чи каліки іноді мають труднощі. Якщо в Україні лікар сідав на ліжко до хворого чи на стілець поруч, то тут лікар обстежує хворого стоячи. Простір під кушеткою теж використовуються раціонально — там у шухлядах зберігають різні папери тощо. Над кушеткою до стіни прикріплена спеціальна пересувна лампа, щоб давати підсилене світло при огляді ділянок тіла хворого (або гінекологічному дослідженні). До речі, гінекологічне крісло Рахмана використовують переважно тільки в операційних або кольпоскопічних кабінетах. Проте в нашому центрі ми таке електричне гінекологічне крісло (що в разі потреби підіймається) маємо і навіть виділили окрему кімнату для гінекологічних обстежень. Прості ж гінекологічні обстеження та забір цервікальних мазків більшість родинних лікарів виконують на звичайній кушетці. Місцеві гінекологи обґрунтовують це тим, що хворі при цьому почувають себе комфортніше і менше соромляться. До того ж усі інші ділянки тіла пацієнтки прикриваються простиратлом. З іншого боку, для самого ж лікаря фізично значно важче проводити ці процедури, стоячи збоку від жінки і перехилиючись через її ногу. Деякі австралійські хворі забувають знімати черевки (навіть коли вони знімають увесь одяг!) і в одного приватного гінеколога я особисто бачив над кушеткою табличку з проханням: "Будь ласка, знімайте черевки". У більшості лікарських кабінетів кушетка і невеликий простір перед нею захищені за пересувною ширмою, щоб хворий чи хвора мали змогу роздягтися у приватній обстановці.

В одній із шаф неподалік від кушетки будуть чекати свого часу набори одноразових шприців, пробірки для забору крові, спеціальні одноразові баночки для забору сечі (пригадую, скільки баночок з-під майонезу виносили прибиральниці з лабораторії колишньої Жовтневої лікарні Києва, де я працював!), контейнери

для забору екскрементів, паперові смужки для експрес-діагностики вагітності, пробірки для бактеріальних та вірусних досліджень, дзеркала для огляду піхви та скельця для цервікальних мазків. Звичайно, щоб заощадити свій час, лікарі намагаються уникнути заборів крові, проте іноді це доводиться робити в термінових ситуаціях або в пізній час, коли в лабораторіях уже немає лаборантів.

Деся у куточку на підлозі стоятимуть портативні ваги, на яких зважуються не тільки вагітні жінки, а й діти, хворі на ожиріння, серцеву недостатність чи анорексію. Враховуючи, що кожна третя жінка в Австралії має зайву вагу, вимірні ваги порохом не покриваються... Тут же є настінний сантиметр, щоб вимірювати зріст людини.

Робочий стіл лікаря теж має бути “поважним”, часто з численними шухлядами. На ньому, як правило, лежать тонометр (сфігмоманометр) для вимірювання артеріального тиску, електронний термометр та всілякі медичні форми (рецептурні бланки, лікарняні листки, скерування на аналізи чи дослідження), які мають бути під рукою. Все ж таки їх намагаються тримати подалі від хворого, бо рецептурні бланки можуть вкрасти. Якщо, скажімо, хворий сидить по праву руку від лікаря, то ці форми будуть у лівому кутку. Деякі лікарі тримають рецептурні бланки в шухлядах столу, які замикаються, коли лікар має вийти, залишивши хворого без нагляду в кабінеті.

Над столом у стіні прикріплюють обладнання для дослідження вуха, горла, носа та очей (отоскоп та офтальмоскоп). Лікар може дотягнутися до них, не встаючи з крісла.

Австралійські лікарі також широко використовують “наочні посібники” для хворих — дозовані аерозолі (наприклад, сальбутамол), турбоінгалятори (кромолін натрію тощо), набори різних контрацептивних таблеток і т. ін.

Комп’ютери, як не дивно, ще не стали обов’язковою частиною інтер’єру (на відміну від бюрократів), особливо в лікарів зрілого віку. Проте кількість ентузіастів зростає і, мабуть, років через п’ять здійсниться повна комп’ютеризація медиків країни. (Докладніше про використання комп’ютерів у медицині див. у розділі “Стосунки між лікарем та хворим в Австралії”, сторінка в Інтернеті — <http://home.iprimus.com.au/pavlo>).

Крісло лікаря, як правило, комфортабельне і на коліщатках, що особливо важливо при обстеженні маленьких пацієнтів, до яких треба “під’їжджати” або швидко відсунути в разі, якщо вони почнуть на вас блювати при огляді горлянки, тощо... Деякі лікарі віддають перевагу ергонометричним стільчикам (без спинки, з сидінням під кутом та підкладками для колін).

Крісло ж для пацієнтів не таке зручне, як у лікаря, певно, з потаємною метою, щоб хворі не дуже розслаблялися і надовго в ньому не затримувалися... У психіатрів, навпаки, крісла для хворих дуже комфортабельні.

Для маленьких пацієнтів лікарі тримають у кабінеті кілька безпечних іграшок, кольорові печатки з зображенням тваринок (які ставлять на ручки дітям як нагороду), дитячі наклейки та цукерки. Крім того, австралійські лікарі від звичайних дорослих людей зовні відрізняються мало, бо білих халатів не носять. Тому багато маленьких австралійчиків при відвідинах лікаря поводяться досить розкуто, іноді навіть нахабно, нишпорячи по закутках. До того ж жінка може прийти з трьома дітьми одночасно і тоді це просто нагадає стихійне лихо. У таких випадках лікар начебто оглядає пацієнта, проте насправді уважно стежить “заднім оком”, що робить “братія”... Тут дуже слідкують, щоб у кабінеті представники підростаючого покоління не дотягнулися до якогось інструментарію, голок чи забруднених кров’ю перев’язочних матеріалів. Усі вживані голки та одноразові леза скальпелів ховають у спеціальні пластикові жовті контейнери “Sharps”. Ці контейнери

намагаються розмістити десь високо, щоб дитина туди не встромила своєї допитливої ручки (а такі випадки бували!). Наповнені голками контейнери віддають на переплавку.

Таким чином, інтер'єр лікарських кабінетів сприяє австралійським лікарям максимально швидко і якісно обслуговувати своїх пацієнтів, або, як ми сказали б за радянських часів, цей інтер'єр відповідає принципам наукової організації праці.

Своєрідною частиною лікарського кабінету є *докторський саквояж* (або, як тут його називають, doctor's bag — докторська валіза), бо лікарям доводиться також консультувати своїх хворих удома. У саквояжі зберігають рецепти, різні медичні форми, отоскоп, офтальмоскоп, ліхтарик для перевірки зіничних рефлексів, стетоскоп, тонометр, термометр, набір для трахеостомії, глюкометр, тестові смужки для загального аналізу сечі та вагітності, маски, рукавички, перев'язочні матеріали, пробірки для забору крові, шприци та ліки першої допомоги. (Сучасні австралійські стандарти для лікарського саквояжу можна знайти в Інтернеті — [www.qip.com.au](http://www.qip.com.au)).

Австралійський уряд видає лікарям безкоштовно ліки першої допомоги щомісяця (33 різних препарати, див. на сайті Інтрнету — [www.hic.gov.au](http://www.hic.gov.au)).

Лікарський саквояж може бути дуже різним — починаючи від дорогого американського варіанта (ціною 400 американських доларів — [www.medicalbags.com](http://www.medicalbags.com)) і закінчуючи дешевими великими пластиковими коробками-валізками рибалок. Одна австралійська лікарка носить своє приладдя у яскраво розфарбованій жерстяній коробці для капелюха. Інші лікарі беруть із собою на консультації персональні комп'ютери (з модемом і принтером) у спеціальних валізках з численними кишнями для лікарських речей.

Особисто я маю алюмінієвий вогнетривкий саквояж, на якому можна сидіти або використовувати його як дошку для написання рецептів.

Лікарський саквояж не рекомендують зберігати в багажнику докторського автомобіля, бо в жарких австралійських умовах там не можна тримати ліки (у таблетованих та ін'єкційних формах).

Підбиваючи підсумок, можна стверджувати, що родинна медицина завжди була і лишається одним із наріжних каменів австралійської системи охорони здоров'я. Вона забезпечує доступну і високоякісну допомогу для всіх верств австралійського населення. Тому й не дивно, що, згідно з результатами опитування громадської думки, австралійці цінують своїх родинних лікарів навіть вище, ніж лікарів-спеціалістів. Рівень задоволення родинними лікарями становив 84% (аналогічний показник у Великій Британії — 74%). До того ж багато австралійців вважають родинних лікарів своїми особистими друзями.

Доктор Павло Ангелуца

родинний лікар у Брізбені,  
кандидат медичних наук (Київ),  
член Королівського коледжу родинних лікарів Австралії,  
секретар Українського Лікарського Товариства в Австралії