

DOI: [10.32702/2307-2156-2018.11.99](https://doi.org/10.32702/2307-2156-2018.11.99)

УДК 37.015

*О. В. Яремчук,  
викладач кафедри терапевтичних дисциплін,  
Львівський інститут медсестринства та лабораторної медицини ім. А. Крупинського*

## **КРАЩІ ЗАРУБІЖНІ ПРАКТИКИ В СІМЕЙНІЙ МЕДИЦИНІ: ДОСВІД ДЛЯ УКРАЇНИ**

*О. V. Yaremchuk  
lecturer of the department of therapeutic disciplines,  
A. Krupinsky Institute of Nursing and Health laboratory medicine of Lviv*

### **BEST FOREIGN PRACTICES IN FAMILY MEDICINE: EXPERIENCE FOR UKRAINE**

*У статті визначено сутність та роль сімейної медицини в житті кожної людини, розкрито зарубіжний досвід з реалізації якісної первинної медико-санітарної допомоги, зокрема таких країн як: Німеччина, США, Франція, Австралія, Канада, Туреччина, Македонія та інші, з метою подальшого його впровадження в українську медичну галузь. Крім того, досліджено питому вагу лікарів сімейної медицини у країнах світу. Детальне вивчення зарубіжного досвіду впровадження та розвитку сімейної медицини, дало можливість визначити позитивні та негативні моменти з ціллю запозичення міжнародного досвіду для української медичної сфери.*

*It is known that without a healthy nation, it is not possible to build a state, strengthen the economy, improve the education industry, raise from the ruins and develop a number of other spheres of life. Therefore, the task of realizing perfect medicine and providing quality medical care should always be at the center of the attention of the government of each country. Today, Ukraine is undergoing reform of the entire health care system, however, so that everything happens at the highest level and in order to achieve its goals, it is worth examining and analyzing the experience of other countries in order to further implement the best examples in domestic practice.*

*According to the experience of developed countries, about 70-80% of health problems can be solved by asking a family doctor. It is the development of family medicine that has helped many countries overcome the difficult times of crisis in medicine. Note that family medicine is a comprehensive medical aid, in which particular attention is paid to the family, for which the physician is responsible for the health. The family doctor is focused on the implementation of medical and preventive functions, assessment of the personality of the patient, his mental health. The range of problems solved by the family doctor is much wider than that of a district therapist and a narrow specialist in the clinic.*

*The urgency of the topic of the development of family medicine in Ukraine, based on international experience, has intensified by the latest political and economic events in the country, which, in turn, raised the level of state responsibility for the health of the population, the quality of provision of medical care and the level of provision of its most remote towns and villages. It is the quality of medical care that is properly influenced by the well-organized work of the primary link. However, for the time being, these issues are painful for Ukraine, so it is advisable to study the experience of foreign countries with the goal of correct resolution of this problem.*

*The article defines the essence and role of family medicine in every person's life, reveals the foreign experience in the implementation of high-quality primary health care, in particular such countries as: Germany, USA, France, Australia, Canada, Turkey, Macedonia and others for the purpose of its further introduction into the Ukrainian medical sector. In addition, the proportion of family medicine doctors in the countries of the world is investigated. A detailed study of foreign experience in the implementation and development of family medicine has made it possible to identify positive and negative points with the aim of borrowing international experience for the Ukrainian medical sector.*

**Ключові слова:** медицина, сімейний лікар, досвід, допомога, охорона здоров'я, пацієнт, хворий, лікувати.

**Key words:** medicine, family doctor, experience, help, health care, patient, ill, to treat.

**Постановка проблеми.** Відомо, що без здорової нації, не можливо збудувати державу, зміцнити економіку, вдосконалити галузь освіти, підняти із руїн та розвинути ряд інших сфер життєдіяльності. Тому, завдання реалізації досконалої медицини та надання якісної медичної допомоги повинно завжди стояти в центрі уваги уряду кожної країни. На сьогодні в Україні відбувається реформування всієї системи охорони здоров'я, однак, щоб все відбулося на найвищому рівні і щоб досягнути поставлених цілей, варто дослідити і проаналізувати досвід інших країн світу з метою подальшої реалізації кращих прикладів у вітчизняній практиці.

Як свідчить досвід розвинених країн, близько 70-80% проблем із здоров'ям люди можуть вирішити, звернувшись до сімейного лікаря. Саме розвиток сімейної медицини допоміг багатьом країнам подолати важкі кризові часи в медицині. Зауважимо, що сімейна медицина – це всебічна медична допомога, у якій особлива увага приділяється саме родині, за здоров'я якої відповідає лікар. Сімейний лікар орієнтований на виконання лікувальних та профілактичних функцій, оцінку особистості пацієнта, його психічного здоров'я. Коло проблем, які вирішує сімейний лікар, значно ширше, ніж у дільничного терапевта та вузького спеціаліста у поліклініці.

Актуальність теми розвитку сімейної медицини в Україні на основі міжнародного досвіду підсилилась останніми політично-економічними подіями в державі, які, в свою чергу, підвищили рівень відповідальності держави за стан здоров'я населення, якість надання медичної допомоги і рівень забезпеченості нею найвіддаленіших містечок і сіл. Саме на якість медичної допомоги впливає належним чином організована робота первинної ланки. Однак, на даний час, для України ці питання є болючими, тому доцільно вивчати досвід зарубіжних країн з ціллю правильного вирішення даної проблеми.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Проблема сімейної медицини розглядалася в працях багатьох провідних вітчизняних та іноземних науковців, зокрема: О.С. Антонова, З.П. Шарловича, Г. Стечак, В.І. Каченко, І.В. Чопей,

М. Білинської, Ю. Вороненька, О. Галацана, З. Гладуна, В. та ін. Аналіз наукових праць зарубіжних і вітчизняних вчених показує, що дане питання стало одною із ключових наукових проблем, яка всесторонньо досліджується. Однак, зважаючи на широкий спектр внеску значачених вище науковців, слід сказати, що потребує більш ґрунтовного вивчення зарубіжний досвід в сімейній медицині.

**Формулювання цілей статті.** Основною метою статті є дослідження зарубіжного досвіду в сімейній медицині з метою подальшого його застосування на практиці в Україні.

**Вклад основного матеріалу дослідження.** Світова історія зародження сімейної медицини бере свій початок ще з V–X ст. нашої ери, саме в той період, коли виникла медицина. До 60-х років в Північній Америці та в Європі завжди точилися гострі дискусійні розмови про те, якою ж повинна бути сімейна медицина. В той час, найпопулярнішими моделями зародження сімейної медицини у світі були дві: система Бісмарка (страхова, змішана, яка використовується в таких країнах: Франція, Німеччина, Австрія, Швейцарія, Нідерланди, Бельгія) та Беверіджа (повне державне фінансування, яка притаманна таким країнам: Великобританії, Швеції, Фінляндії, Іспанії, Канаді, Австралії, Греції, де держава фінансує понад 80 % усіх видатків на охорону здоров'я). В Японії та в США вся медицина платна. Однак, починаючи із 60-70 років XX століття практично всі країни перейшли до системи охорони здоров'я, що побудована на принципах Загальної практики – сімейної медицини (ЗПСМ).

У 1972 році була створена Всесвітня асоціація сімейних лікарів WONCA, яка об'єднала 8 країн-учасників, що мали системи охорони здоров'я з пріоритетом на розвиток первинної медичної допомоги (ПМД) і сімейної медицини. У 1978 році відбулась Алма-Атинська конференція, резолюцією якої стало затвердження декларації щодо визначення ролі і розвитку ПМД. Після цього ВООЗ затвердила Алма-Атинську декларацію (1979), визначила глобальну стратегію досягнення здоров'я для всіх за допомогою ПМД у світі (1981). Відтоді у більшості країн світу розпочався активний перехід систем охорони здоров'я з орієнтацією на ПМД та розвиток ЗПСМ. У 1996 році на конференції ВООЗ у Любляні була проголошена «орієнтація на ПМД», підготовлений проект Хартії ЗПСМ, у 1998р. прийнята Всесвітня декларація ВООЗ з охорони здоров'я населення, заснована на зміцненні і розвитку ПМД, та запроваджено Програму ВООЗ «Здоров'я для всіх у XXI ст.», суть якої до 2010 року забезпечити кращий доступ до ПМД населенню Європейського регіону [6, с. 12].

Зауважимо, що послуги із надання первинної медико-санітарної допомоги в світі становлять близько 85-90% від всієї кількості медичних послуг, а питома вага сімейних лікарів серед всіх лікарів становить 45-50% (рис. 1).

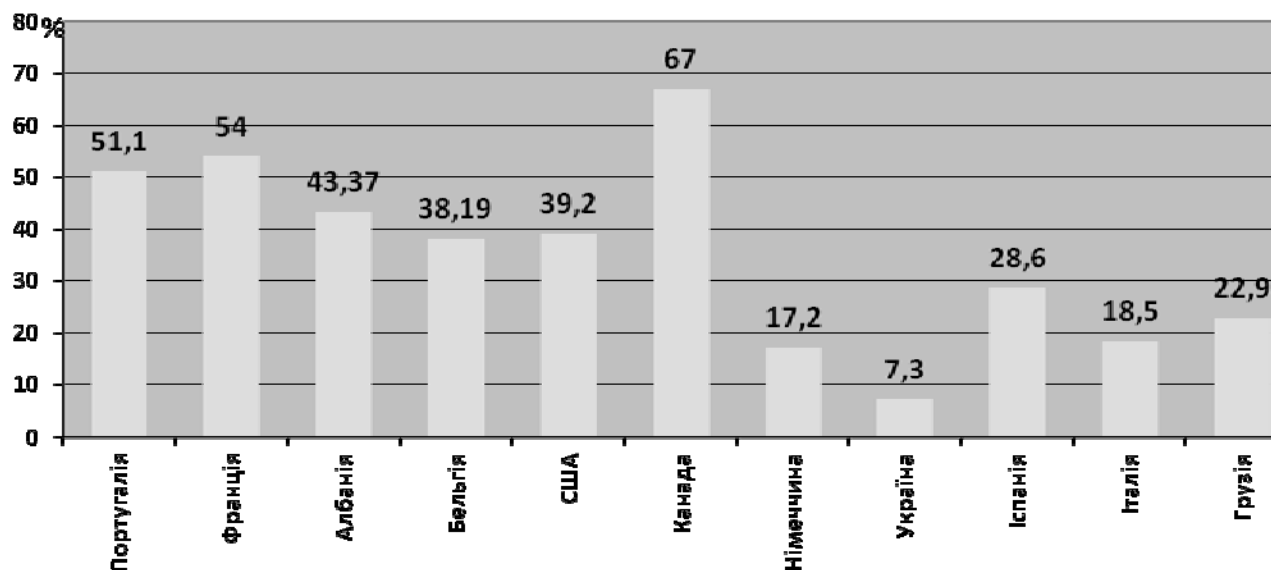


Рис. 1. Питома вага лікарів сімейної медицини у країнах світу, %

Джерело: складено автором з використанням джерела [6]

Як бачимо із рисунку, найбільша кількість лікарів сімейної медицини зафіксована в Канаді – 67%, також немала їх кількість знаходиться в Франції – 54%, Португалії – 51,1% і Албанії – 49,97%. Найнищий показник і, відповідно, з великим відривом від інших країн показала Україна – 7,3%. Як бачимо, нам є куди рости, розвиватись і на кого рівнятись. Тому, для запозичення міжнародного досвіду, детально проаналізуємо особливості сімейної медицини кожної країни.

За результатами досліджень, на вагому увагу заслуговує досвід Канади, країни, де функціонує доступна, безплатна та якісна медицина, на яку виділяється щороку 2500 доларів на 1 особу. Канадська медицина розвивається за системою “Medicare” стартувала в 1962-му році. Щоб стати сімейним лікарем, необхідно здобути знання в Коледжі та підтвердити їх сертифікатом. Усі канадські медичні школи (бездипломне навчання – 4 роки) мають відділення сімейної медицини і програми стажування. Програма стажування під керівництвом навчального відділення з сімейної медицини КСЛК (2 роки) складається з 8-місячного курсу з сімейної медицини, 12-місячних стаціонарних циклів за різноманітними спеціальностями і 4-місячних факультативів.

В Канаді сімейний лікар не може оглянути за тиждень більше, ніж 182 особи. Його вибирають, зазвичай, ближче до місця проживання. Сімейний лікар приймає пацієнтів або в приватному кабінеті, або ж в лікарні за умови попереднього запису. Однак, його можна викликати й додому. Вартість одного такого прийому 80-150 канадських доларів, яку оплачує держава, адже в Канаді діє обов'язкове медичне страхування. Без попереднього огляду в сімейного лікаря, потрапити до вузькоспеціалізованого лікаря не можна.

До повноважень сімейного лікаря входить вранішній обхід у шпиталі (передбачено 60-80 ліжок на 6 ставок сімейних лікарів), а також амбулаторний прийом (25-40 пацієнтів) у другій половині дня.

Що стосується Австралії при перших проблемах зі здоров'ям, звертаються теж до сімейного лікаря, а не викликають карету швидкої допомоги, як це роблять в Україні. Сімейний лікар, в свою чергу добре знає свого пацієнта, його стан здоров'я, звички, спосіб життя, адже веде його вже кілька років. Сімейні лікарі в Австралії широко обізнані спеціалісти, оскільки повинні знати всі захворювання: від терапії і до гінекології і т.д.

Однак, у певних складних ситуаціях, які обумовлені протоколами лікування або в разі недостатньої компетенції, сімейний лікар направляє хворого до вузького спеціаліста. Таким чином, основною ланкою первинної медичної допомоги є інститут сімейної медицини. Однією із найважливіших функцій якого є профілактика захворювань. Чим більше здорових пацієнтів буде у сімейного лікаря, тим вищу зарплату він буде отримувати. Кількість вузьких спеціалістів набагато менша, ніж лікарів загальної практики, оскільки великої потреби мати армію ЛОРів, невропатологів, урологів або інших спеціалістів немає. Ці лікарі володіють високоспеціалізованими знаннями й навичками і займаються пацієнтами, які дійсно мають тяжку вузькопрофільну патологію. Потрапити на прийом до вузького спеціаліста можна лише через направлення сімейного лікаря. Така організація роботи медичної галузі дозволяє з ефективністю витратити гроші на підготовку кадрів [1]. Госпіталізувати хворого можна лише через направлення сімейного лікаря, однак перебування в лікарні дороговартісне, тому й не тривале.

В загальному, Австралія приділяє значну увагу розвитку первинної превентивної ланки охорони здоров'я, зокрема сімейній медицині, оскільки саме вона являється «візитною карткою» всієї медичної системи країни.

На особливу увагу заслуговує досвід США. Ще в далеких 60-тих роках два американські лікарі-науковці Стівенс Г., Кармайкл Л. розробили лікарську концепцію, основна мета якої полягала в реалізації індивідуального підходу в лікуванні пацієнтів. Дана концепція передбачала, що сімейний лікар зобов'язаний не лише лікувати на надавати першу допомогу хворим, а й при потребі залучати інших вузькоспеціалізованих лікарів.

У 1947 р. була створена Американська академія загальної практики з метою представлення лікарів цієї спеціальності в офіційних медичних колах. На початку 60-х років минулого століття почався процес формування Американського комітету загальної практики, який був завершений у 1969 р. Таким чином, ця медична спеціальність у США остаточно отримала формальне визнання. Сімейна медицина у США розвивалася за такими основними напрямками: участь лікарів загальної практики в медичних організаціях Америки, що дозволило зберегти дану спеціальність і сформовані традиції; прагнення суспільства не лише зберегти випробувані часом цінності та принципи роботи сімейного лікаря, але й культивувати новий, відповідальний підхід до лікування людей; науковий розвиток філософії сімейної медицини; підвищення ролі лікаря в житті хворого, родини і суспільства; забезпечення доступності всіх видів медичної допомоги більшості людей з урахуванням того, що хворий і члени його сім'ї – це єдине ціле, і сам він аж ніяк не набір окремих органів [5].

До 70-х років в Америці офіційно визнано сімейну медицину та в медичних вишах запроваджено спеціальність «сімейна практика». На сьогодні, в США пацієнт може в будь-який момент звернутися як до сімейного лікаря й так і до інших спеціалістів, які зможуть госпіталізувати і призначити лікування. Контроль за якістю і своєчасністю наданих послуг сімейним лікарем пацієнту в Америці здійснюють ряд уповноважених контролюючих органів, зокрема: Фонд сімейної медицини США, Американська рада з сімейної медицини, Комітет спостереження за стажуванням.

В Франції створено Інститут досліджень по загальній практиці (1993 р.), основна мета якого – вдосконалювати загальну практику. Держава фінансово забезпечує та підтримує діяльність 58000 сімейних лікарів, де на обслуговування одного сімейного лікаря припадає 1000 осіб. Французи можуть вільно обирати собі сімейного лікаря. Зауважимо, що в країні на високому рівні розвинуто медичне страхування, а отже, вартість походу по лікаря покривається страховою компанією. Одне відвідування сімейного лікаря та отримання від нього консультації становить 100 франків.

В Туреччині подібна ситуація з сімейною медициною до України, адже впродовж останніх років і до сьогодні проводиться реформа охорони здоров'я. Зараз розглядається питання про впровадження Інституту сімейної медицини. В Хорватії створені центри здоров'я, в яких працюють як сімейні лікарі, так і інші вузькоспеціалізовані спеціалісти. Крім того, при потребі можна викликати додому патронажну сімейну медсестру. Реформа в країні проводиться з ціллю забезпечити якість життя, доступну медицину і збільшити рівень життя населення.

Стрімкий розвиток сімейної медицини в Албанії відбувся через прийняття в 2004 році стратегічної програми розвитку системи охорони здоров'я. Для надання первинної медичної допомоги створені спеціальні бригади. Медичні установи первинного рівня підпорядковуються місцевому керівництву, а албанці мають можливість самостійно обрати сімейного лікаря.

Позитивний досвід показує сімейна медицина Великобританії, де в 1990 році створено Раду лікарів загальної практики сімейної медицини і Департамент первинної ланки Національної системи охорони здоров'я, які здійснюють управління зазначеною сферою медичного обслуговування. Сімейний лікар може вільно запрошувати медичну сестру для догляду за своїми пацієнтами. Багато уваги приділяється емоційному стану хворих, лікар займається як прийомом пацієнтів, так і активним відвідуванням їх за місцем проживання. Приблизно 90 % сімейних лікарів самостійно вирішують проблеми пацієнтів і лише 10 % звертаються за допомогою вузьких спеціалістів на рівні вторинної або третинної медико-соціальної допомоги. Переважають групові об'єднання лікарів по наданню допомоги (від 3-4 до 6 і більше лікарів). Координує цю систему Державний Секретар з питань охорони здоров'я. У країні працює спрощена система вільного вибору пацієнтами лікувального закладу і лікаря. Значно збільшилася кількість медичного персоналу, який спрямовує свою діяльність на індивідуальний догляд за пацієнтами, модернізацію лікувальних закладів, забезпеченням сучасним оснащенням та вдосконаленням медичних послуг. Сімейні лікарі надають 90 % усієї медичної допомоги. Один лікар обслуговує 1700-2000 осіб. Значну увагу приділяють спілкуванню з хворими, їх психологічному стану. На прийом одного пацієнта відводиться 8 хвилин. Однак, на нашу думку 8 хвилин на огляд – надто мало для ефективного і повноцінного лікування пацієнтів [2, с. 22].

Підготовка фахівців з сімейної медицини передбачає значний обсяг самостійної роботи (1-2 занять на кафедрі, решта часу – робота в амбулаторії, де студент один день працює під контролем відеокамери, потім проводиться аналіз відеозйомок). Вагоме значення надається соціальному статусу медичного працівника та вимогам до його особистісних якостей. За показниками надання ПМСД Великобританія посідає перше місце серед європейських країн. У Великобританії, Норвегії пацієнтів направити в стаціонар має право тільки сімейний лікар [2, с. 22].

В Македонії налічується близько 1200 пунктів, де можна отримати першу медико-санітарну допомогу, 300 з яких ефективно функціонує в селах. Пацієнти самостійно обирають сімейного лікаря, а всі медичні витрати покриваються страховою компанією. З 1994 року прийнято Національну програму профілактичної допомоги.

Що стосується Фінляндії, за кожним сімейним лікарем закріплені сімейні медсестри. Так, на 3 лікарі передбачено 11 медсестер. Саме на них покладається велика відповідальність. До посадових обов'язків входить відвідування хворих та надання їм допомоги на дому. У Фінляндії вся медична сфера чітко контролюється

нормативно-правовою базою. Так, за здоров'я своїх пацієнтів медичний персонал несе колективну відповідальність. Тому, до своєї роботи медики ставляться відповідально, адже знають, що при найменшій помилці – будуть покарані. В країні ефективно функціонують понад 200 Центрів здоров'я, в яких надається комплексна медична допомога.

Досить вдало сімейна медицина розвивається в країнах колишнього Радянського Союзу. Так, в Казахстані сімейна медицина почала розвиватися ще в 1989 році. Один лікар із двома медсестрами обслуговує 1001-1200 осіб. На медсестер, як і на лікарів, покладені не менш важливі функції: відвідування та надання допомоги хворим вдома, організація прийому пацієнтів і проведення санітарно-освітньої роботи. Оплата праці здійснюється залежно від складності роботи.

В Киргизстані реалізовано страхову медицину. Держава всіма методами намагається підтримати та розвинути медичну сферу, забезпечуючи безкоштовну освіту сімейним лікарям. Сімейні лікарі працюють разом із медсестрами, які обслуговують дільниці та надають допомогу пацієнтам.

В Туркменістані сімейний лікар обслуговує біля 820 осіб. Огляд пацієнтів триває 3 години. Сімейний лікар працює разом із сімейною медсестрою. Вони проводять 100% всіх профілактичних оглядів та близько 55% всіх відвідувань.

Ще в 2005 році Європейським регіональним комітетом оновлено основу політики «Здоров'я для всіх». Європейська комісія на реалізацію програми по зміцненню та розвитку сімейної медицини виділила 90 млн. доларів.

**Висновки.** Що стосується України, відомо, що сімейна медицина впроваджується вже понад 15 років. Однак, через ряд факторів, таких як: непослідовність державної політики, недосконалість нормативно-правової бази, несистемний підхід до її організації, недостатній рівень підготовки медичного персоналу, невизначеність обсягів медичної допомоги та розробленого маршруту чи порядку звернення пацієнта до сімейного лікаря, а також ряду інших чинників, сімейна медицина так і не реалізована повністю. Тому, при реалізації реформи охорони здоров'я, зокрема в частині сімейної медицини, важливим є дослідити, як це відбувалося в інших країнах. Однак, вивчивши досвід зарубіжних країн, важко сказати, який із них варто взяти за основу Україні. Адже, кожна країна в процесі запровадження сімейної медицини мала як позитивні, так і негативні сторони, ідеальної моделі не має. На нашу думку, Україні варто прислухатись до міжнародних практик, однак потрібно розробити власну стратегію та систему норм і правил реалізації сімейної медицини, яка б діяла не менш ефективно, ніж в Канаді, Франції чи Португалії.

#### Список літератури.

1. Австралійська медична модель: доступна, якісна та ефективна [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://cost.ua/news/352-med-australia>
2. Антонова О.Є. Професійно-педагогічна компетентність медичних сестер сімейної медицини: сутність, структура, технологія формування: монографія. О.Є. Антонова, З.П. Шарлович. – Житомир: Вид-во Полісся, 2016. – 258 с.
3. Деякі аспекти розвитку сімейної медицини в Україні. Кількість сімейних лікарів, терапевтів, педіатрів в Україні [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zet.in.ua/statistika-2/zdravooxranenie/deyaki-aspekti-rozvitku-simejnoi-medicini-v-ukraini-kilkist-simejnix-likariv-terapevtiv-pediatriv-v-ukraini/>
4. Міжнародний досвід реформування системи охорони здоров'я (досвід країн Європейського Союзу) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://euinfocenter.rada.gov.ua/uploads/documents/29185.pdf>
5. Стечак Г. Зарубіжний досвід професійної підготовки сімейних лікарів [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [file:///C:/Users/user/Downloads/Pippo\\_2014\\_4\\_31%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/Pippo_2014_4_31%20(1).pdf)
6. Ткаченко В. І. Історія розвитку та сучасний стан первинної медичної допомоги за кордоном та в Україні, нормативно-правова база впровадження сімейної медицини в Україні [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [file:///C:/Users/user/Downloads/simmed\\_2015\\_3\\_6%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/simmed_2015_3_6%20(3).pdf)
7. Чопей І.В. Досвід та проблеми впровадження сімейної медицини в постсоціалістичних країнах [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/1681/1/17-22.pdf>

#### References.

1. Tsina derzhavy (2016), “Australian medical model: affordable, high quality and effective”, available at: <http://cost.ua/news/352-med-australia> (Accessed 4 September 2018).
2. O.Ye. Antonova, Z.P. Sharlovykh (2016), *Profesijno-pedahohichna kompetentnist' medychnykh sester simejnoi medytsyny: sutnist', struktura, tekhnolohiia formuvannia: monohrafiia* [Professional-pedagogical competence of medical nurses of family medicine: essence, structure, technology of formation], Polissia, Zhytomyr, Ukraina
3. Z-Ukrayna: Statystyka, ekonomyka, polityka, persony (2016), “Some aspects of the development of family medicine in Ukraine. Number of family physicians, physicians, pediatricians in Ukraine”, available at: <http://zet.in.ua/statistika-2/zdravooxranenie/deyaki-aspekti-rozvitku-simejnoi-medicini-v-ukraini-kilkist-simejnix-likariv-terapevtiv-pediatriv-v-ukraini/> (Accessed 8 September 2018).
4. “International Experience in Reforming the Health Care System (Experience of the European Union)” (2016), available at: <http://euinfocenter.rada.gov.ua/uploads/documents/29185.pdf> (Accessed 14 September 2018)
5. H. Stechak (2014), “Foreign experience of professional training of family doctors”, available at: [file:///C:/Users/user/Downloads/Pippo\\_2014\\_4\\_31%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/Pippo_2014_4_31%20(1).pdf) (Accessed 16 September 2018).

6. V. I. Tkachenko (2015), “The history of development and the current state of primary medical care abroad and in Ukraine, the regulatory framework for the introduction of family medicine in Ukraine”, available at: [file:///C:/Users/user/Downloads/simmed\\_2015\\_3\\_6%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/simmed_2015_3_6%20(3).pdf) (Accessed 26 September 2018).

7. I. V. Chopej (2014), “Experience and problems of introducing family medicine in post-socialist countries”, available at: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/1681/1/17-22.pdf> (Accessed 5 October 2018).

*Стаття надійшла до редакції 07.11.2018 р.*