

## Про результати вивчення моделі організації первинної медико-санітарної допомоги Хорватії під час навчальної поїздки в період 20–27 листопада 2016 року

Системою охорони здоров'я Хорватії управляють 2 структури: Міністерство охорони здоров'я та Державний фонд медичного страхування. Розподіл системи охорони здоров'я Хорватії за рівнями подібний до того, що існує нині в Україні і представлений:

- первинною медичною допомогою;
- вторинною медичною допомогою;
- третинною (високоспеціалізованою медициною);
- єдиною системою швидкої медичної допомоги.

За обсягами надання медичної допомоги первинна медична допомога в Хорватії є базовою всієї системи охорони здоров'я, забезпечує переважну частину медичних послуг, є найбільшою за кількістю працівників. Вона представлена: центрами первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), амбулаторіями загальної практики – сімейної медицини.

Управління центрами ПМСД здійснює адміністративна команда в складі директора центру; заступника директора з питань якості, заступника директора з юридичних питань, бухгалтерсько-економічної служби.

Відмінним від організації первинної допомоги в нашій країні є надання ширшого спектра послуг за профілем. Первинна медико-санітарна допомога представлена сімейною медициною, педіатрією, гінекологією, стоматологією, шкільною медициною, медициною з праці, певним переліком невідкладної медичної допомоги, епідеміологією, сестринською справою, на рівні громад – паліативною допомогою.

Особливим є факт співпраці публічних (державних) та приватних лікарів, які можуть працювати навіть в одній установі, причому відсоток приватних лікарів з кожним роком збільшується (таблиця 1). Публічні лікарі отримують кошти з фонду медичного страхування на команду (лікар + медична сестра) через центри ПМСД за фактом виконання послуг. Приватні лікарі отримують кошти з фонду загальною сумою та самостійно оплачують і планують свої витрати, маючи право економити та перерозподіляти їх на власний розсуд, працюючи за принципом приватного партнерства.

**Таблиця 1. Співвідношення приватних та публічних лікарів**

Лікарська посада	Публічні	Приватні
Загальна практика / сімейна медицина	54 %	46 %
Педіатр	56 %	44 %
Гінеколог	46 %	54 %
Стоматолог	31 %	69 %

До складу стандартної команди входять – сімейний лікар, медична сестра (помічник), медична сестра з обслуговування населення вдома, патронажна медична сестра (таблиця 2).

**Таблиця 2. Стандартне навантаження осіб на 1 лікарську посаду**

Лікарська посада	Навантаження		
	Мінімальне (осіб)	Середнє (осіб)	Максимальне (осіб)
Загальна практика / сімейна медицина	1275	1700	2125
Педіатр	715	950	1190
Гінеколог	4500	6000	9000
Стоматолог	1425	1900	2375

Система фінансування первинної медичної допомоги в Хорватії до 2008 року мала принцип, схожий з нинішнім в Україні і здійснювалася за принципом подушного фінансування. Реформування системи спричинило зміну механізму оплати надавачам первинної допомоги.

Усі витрати на надання медичних послуг, безкоштовне лікування пацієнтів «покриваються» коштами Фонду медичного страхування, інфраструктура та капітальні видатки фінансуються з місцевого бюджету. Структура фінансових видатків з Фонду медичного страхування на систему складається з: 1) фіксованої суми на оплату медичної послуги – 43 %; 2) подушного фінансування – 20 % (оплата наданих послуг, відшкодування вартості медичних препаратів, оплата праці медичних працівників та іншого персоналу, який обслуговує систему (бухгалтерські, господарські послуги тощо), придбання засобів невідкладної допомоги, медичного оснащення).

Окрім того, до структури фінансових видатків на первинну медичну допомогу, що покриваються коштами медичного страхування, належать видатки, що спрямовані на стимулювання медичних працівників:

- видатки на забезпечення діагностичних і лікувальних процедур – 29 %;
- видатки на оплату за показниками результативності роботи – 4 % (призначення ліків, рівень тимчасової непрацездатності, кількість скерувань на вищий рівень надання медичної допомоги і т. п.), таким чином знижено вживання антибіотиків на 20–30 %;
- видатки на оплату за показниками якості роботи – 4 % (рівень захворюваності на ожиріння, серцево-судинні захворювання, цукровий діабет, хронічне обструктивне захворювання легень, вживання антибіотиків).

Таким чином, лікар зацікавлений:

- в якомога більшому обсязі надання послуг пацієнту (огляд, визначення індексу маси тіла, ЕКГ, вимірювання очного тиску, пульсоксиметрія тощо), що задовольняє пацієнта повною обстежень;
- у призначенні адекватного лікування відповідно до затверджених державних настанов, використовуючи базові засоби, препарати групи «А», що можна характеризувати високою якістю, ефективністю та не є високовартісними. За цим суворо стежить Фонд медичного страхування та спеціальна «агенція з якості медичних засобів». І як результат пацієнт отримує якісну медичну допомогу, при цьому медичні працівники мають можливість, за-

---

лежно від досягнутих показників результативності та якості, отримати стимулюючу надбавку до заробітної плати.

Особливості взаємодії між рівнями надання медичної допомоги:

- звернення пацієнта первинно лише до сімейного лікаря;
- скерування пацієнта на консультування чи стаціонарне лікування відбувається виключно за направленням сімейного лікаря, в тому числі в реабілітаційні заклади;
- впровадження послуг телемедицини, де є можливість планово отримати консультацію фахівців II та III рівнів надання медичної допомоги;
- забезпечення зворотного зв'язку між вторинним, спеціалізованим і первинним рівнями здійснюється через електронну систему «електронна виписка з історії хвороби»;
- виписування «електронних рецептів» здійснюється сімейними лікарями, у т. ч. за призначенням лікарів-консультантів.

Послуги на різних рівнях надання медичної допомоги фінансуються Фондом медичного страхування окремо. Відсутні фінансові взаєморозрахунки між закладами різних рівнів.

Усі заклади, які працюють на рівні первинної допомоги, під'єднані до «центральної платформи» у Фонді медичного страхування з можливістю доступу до бази даних пацієнта на інших рівнях надання медичної допомоги.

Окремо варто зосередити увагу на системі електронного здоров'я, яка є структурою Фонду медичного страхування та без якої не може існувати служба.

Усі дії, які здійснюють лікарі, заносять до електронної бази даних за допомогою «smart-карти» для лікаря та електронної карти пацієнта.

Основні модулі електронної системи:

- «електронна медична картка»;
- «електронний рецепт»;
- «електронне направлення»;
- «електронна виписка»;
- «електронна система попереднього запису» пацієнта на прийом;
- «електронні графіки прийому спеціалістів» з можливістю здійснення сімейним лікарем попереднього запису пацієнтів;
- «система електронного повідомлення» для пацієнтів, як додаток до мобільного телефону.

Ця система забезпечує:

- досягнення контролю за раціональним використанням коштів Фонду;
- контроль за роботою команди медичних працівників;
- контроль за якістю надання медичної послуги;
- можливість прогнозувати потребу в лікарських засобах;
- облік та аналіз статистичної інформації;
- раціональне використання робочого часу;
- доступ до єдиної бази даних про здоров'я пацієнта.

Отже, надання медичної допомоги пацієнту є системним, послідовним, раціональним, ефективним як для пацієнта, так і для держави. Має місце суворий контроль використання коштів, дійсно «кошти ідуть за пацієнтом». Виключається будь-яка можливість нецільового використання коштів на всіх етапах надання медичної допомоги.