

УДК: 061.2(4):614.2+[614.25+614.23]

Системи охорони здоров'я європейських країн очима сімейних лікарів

В.І. Ткаченко¹, Д.П. Кекух¹, О.А. Гайова¹, О.І. Алексейченко¹, І.І. Заставний²

¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

²Амбулаторія ЗПСМ смт Краковець, Львівська область

У статті наведено огляд систем охорони здоров'я європейських країн (Іспанія, Португалія, Туреччина, Румунія, Хорватія), отриманий за сприянням Міжнародного молодіжного руху сімейних лікарів Vasco da Gama Movement і Європейської асоціації сімейних лікарів WONCA Europe. Використання досвіду інших країн, адаптованого до українських реалій, може дати імпульс розвитку галузі охорони здоров'я України за умови проведення відповідних досліджень у рамках міжнародного співробітництва.

Ключові слова: система охорони здоров'я, Міжнародний молодіжний рух сімейних лікарів Vasco da Gama Movement, загальна практика – сімейна медицина, Європа, Іспанія, Португалія, Туреччина, Румунія, Хорватія.



Teddy Weimar – сімейний лікар (Уеска, Іспанія)

Міжнародний молодіжний рух сімейних лікарів Vasco da Gama Movement Європейської асоціації сімейних лікарів WONCA Europe надає можливості сімейним лікарям різних країн світу ділитись досвідом, отримувати нові знання та впроваджувати здобутий досвід у власних країнах, використовуючи у власній практиці. Зокрема, молоді українські лікарі загальної практики-сімейної медицини можуть контактувати з європейськими колегами для подальшої участі у розвитку сімейної медицини та обміну ідеями і досвідом впровадження сімейної медицини, втілення нових прогресивних ідей з покращання практичної діяльності та якості підготовки сімейних лікарів, підвищення статусу сімейної медицини. Завдяки міжнародним контактам, обміну досвідом та спілкуванню з сімейними лікарями з Іспанії, Португалії, Туреччини, Румунії та Хорватії вдалося підготувати огляд систем охорони здоров'я відповідних країн.

Чисельність населення Іспанії становить близько 46,5 млн осіб. Очікувана тривалість життя населення – 82,8 року. ВВП на душу населення – біля \$38,239. Національна система медичного забезпечення охоплює майже 99,8% населення. Система охорони здоров'я має три рівні організації: центральний (міністерство охорони здоров'я та захисту споживачів); регіональний (міжтериторіальна рада складається з представників окружних та державних адміністрацій) та муніципальний (відповідає за гігієну і охорону середовища).

Сімейні лікарі дотримуються вимог національних протоколів та націлені на профілактику і контроль хронічних захворювань. Медичні працівники первинної медичної допомоги приділяють особливу увагу консультуванню пацієнтів, наданню невідкладної допомоги, здійснюють направлення до вузьких спеціалістів за необхідності, оформ-

люють відповідну документацію, в чому їм допомагає система e-health. Впровадження системи e-health створило можливість електронного документообігу, який повністю замінив паперовий.

Іспанські сімейні лікарі працюють у центрах первинної медичної допомоги, можуть працювати у приймальних відділеннях госпіталів, у закладах швидкої допомоги та диспетчерських центрах, командах з надання паліативної допомоги, громадських центрах охорони здоров'я, у сільських амбулаторіях. Поруч із сімейними лікарями у центрах первинної медичної допомоги можуть працювати лікарі-педіатри та лікарі інших спеціальностей за договором за потреби. Питома вага сімейних лікарів серед лікарів інших спеціальностей становить приблизно 25%.

Сьогодні в Іспанії відбувається поступовий перехід до моделі, яка орієнтована на державне соціальне страхування здоров'я, що покриває понад 70% усіх витрат на медичну допомогу. Крім того, більше 20% людей, які користуються додатково приватним страхуванням, платять за нього близько 35–70 євро на місяць.

Кожен іспанець має індивідуальну карту здоров'я, на підставі якої отримує безкоштовну первинну медичну допомогу, та, залежно від доходу, оплачує певний відсоток від вартості лікування, що прописано у нормативних документах. На відміну від громадян Іспанії іммігранти не мають право на отримання індивідуальної карти здоров'я, тому не можуть отримати вільний доступ до медичної допомоги, але мають право на надання їм лише швидкої і невідкладної допомоги за відповідну плату.

Більшість медичних працівників в Іспанії мають статус державних службовців. Один сімейний лікар в Іспанії обслуговує в середньому 1800 пацієнтів. Час обслуговування одного пацієнта становить 10 хв, у листі очікування пацієнти можуть перебувати від 3 до 6 днів. Амбулаторії обладнані маніпуляційними кімнатами та кімнатами невідкладної допомоги, забезпечені препаратами для невідкладної допомоги, дефібрилятором та інструментами для малої хірургії. Лікарі та медичні сестри працюють в окремих кабінетах, в яких незалежно один від одного можуть надавати медичну допомогу пацієнтам.

Кожний іспанець має право вільного вибору сімейного лікаря. Сімейний лікар виписує рецепти на придбання ліків, дає направлення на обстеження та на консультацію до спеціалістів. Ліки, які виписані за рецептом, коштують в аптеках набагато дешевше, аніж у випадках, коли вони відпускаються безрецептурно.



Cristiano Figueiredo – сімейний лікар (Португалія, Лісабон)

Чисельність населення **Португалії** становить близько 10,3 млн осіб. Очікувана тривалість життя населення – 81,1 року. ВВП на душу населення – біля \$19,707. Португальська система охорони здоров'я – державна структура, відповідальна за надання та фінансування медичних послуг для всього населення, розподілена на три регіони – Північний, Центральний та Південний. Фінансування системи охорони здоров'я відбувається за рахунок податків



Esra Yılmaz – сімейний лікар (Туреччина, Стамбул)

та централізованої державної системи загального страхування, побудованої за принципом єдиного платника (витрати на охорону здоров'я становлять приблизно 13% державних видатків). За рахунок загального страхування для пацієнта безкоштовно надається великий набір медичних послуг: як амбулаторних, так і стаціонарних. Проте стоматологічна допомога та реабілітація найчастіше не покривається. Крім того, існує система співоплати пацієнтами вартості медикаментів, діагностичних обстежень, лікування у лікарні, консультацій у фахівців і придбання медичних препаратів, що може досягати і перевищувати 40% вартості. Оскільки витрати на охорону здоров'я регулярно перевищують бюджетні рамки та потребують додаткового фінансування, близько 10% португальців додатково страхуються у приватних страхових компаніях через своїх працевластців.

Сімейні лікарі, які працюють у державних закладах, додатково можуть займатися приватною практикою, і половина з них користується цією можливістю. Громадяни Португалії обирають сімейного лікаря зі списку, що складається по



Mihai Mara – сімейний лікар (Клуз-Напока, Румунія)

районах за місцем проживання пацієнта, або іноді за місцем роботи пацієнта. У середньому лікар загальної практики обслуговує від 1500 до 2000 осіб. Велика кількість приписаних пацієнтів призводить до черг і труднощів із записом на консультацію. Зміна лікаря відбувається шляхом подачі письмової заяви до органів охорони здоров'я з поясненням причин свого рішення. У португальських закладах первинної медичної допомоги немає вузьких фахівців, вони проводять консультації у лікарнях.

Для консультації у спеціаліста або лікування у стаціонарі, якщо мова не йде про екстрену допомогу, обов'язковим є направлення сімейного лікаря. З цією метою сімейний лікар робить запит за допомогою системи e-health, після чого пацієнту надходить лист з датою запису на прийом. На жаль, деяких консультацій доводиться чекати дуже довго, місяцями, а іноді й роками. Для отримання консультації у більш короткі терміни пацієнти часто звертаються до служби швидкої допомоги (25% викликів «швидкої» не потребують невідкладної медичної допомоги), або до лікарів, які мають приватну практику, чи навіть їдуть лікуватися за кордон (найчастіше до Іспанії).

Проте іноді може виникнути така ситуація, коли під час прикріплення до сімейного лікаря вам буде відмовлено просто тому, що всі сімейні лікарі вже перевантажені.

Лікарів загальної практики – сімейної медицини у країні не вистачає. Потрапити до сімейного лікаря буває непросто. Існує час очікування на консультацію. Якщо виникла термінова проблема зі здоров'ям, то звертаються в години прийому невідкладних хворих або до служби швидкої допомоги.

Чисельність населення **Туреччини** становить близько 79,8 млн осіб. Очікувана тривалість життя населення – 75,8 року. ВВП на душу населення – біля \$11,014. Як країна-кандидат на вступ до Європейського союзу, Туреччина стала однією з країн, національний стратегічний план якої у системі охорони здоров'я відповідає вимогам європейської політики підтримки здоров'я і благополуччя населення (за програмою «Здоров'я-2020»). У 1945 році у Туреччині було створено організацію медико-соціального страхування (SOSYSL SIGORTALAR KURUMU – SSK) для працівників приватного сектору. Медична допомога надавалася лише тим, хто сплачував страхові внески. У подальшому постійно здійснювалися спроби удосконалення медичного страхування. У 2003 році відбулися кардинальні зміни у системі охорони здоров'я – лікарні з страхуванням SSK перейшли у відомство МОЗ, запроваджено інститут сімейних лікарів, медична допомога стала доступною для незастрахованих громадян.

З 1 січня 2012 року в Туреччині вступив у дію закон про обов'язкове медичне страхування (General Health Insurance). Діти до 18 років обслуговуються за рахунок страховки батька або матері. Розмір страхового внеску становить 12% від подвійного розміру мінімальної заробітної плати. У випадку, коли дохід на одного члена сім'ї менше 1/3 мінімальної заробітної плати, то страховий внесок сплачує держава. Видатки на сферу охорони здоров'я Туреччини сьогодні складають 27,4 млрд євро. Крім того, у Туреччині існує окрім обов'язкового ще й приватне медичне страхування для тих, хто бажає розширити обсяг медичних послуг.

У Туреччині діє схема відшкодування (реімбурсації) коштів за медикаменти, які розподілені за групами (всього 333 діючі речовини). За рахунок державного страхування сплачується вартість виписаного за рецептом препарату у розмірі референтної ціни, яка розраховується як вартість найдешевшого препарату з групи плюс 22%. Якщо препарат має ціну, нижчу за референтну, то кошти відшкодовуються у розмірі 100%. У випадку придбання препарату, який не входить до переліку для відшкодування, оплата здійснюється за рахунок пацієнта у розмірі 100%. Пацієнтам з хронічними захворюваннями та під час лікування у стаціонарі вартість лікування покривається в 100% розмірі. Пенсійне населення сплачує 10% від вартості препарату.

Лікарі загальної практики проводять амбулаторний прийом в державних та приватних закладах. Обслуговування пацієнтів у державних закладах є безкоштовним. Взаємодія між сімейним лікарем та лікарем-спеціалістом не налагоджена, оскільки пацієнти мають право одразу звернутися до лікаря вторинної чи третинної ланки. Кадрове забезпечення лікарями недостатнє. Медичні університети випускають близько 5000 лікарів, але цього замало. Середня заробітна плата лікарів державних структур становить від \$2000 до \$5000, а лікарі приватних лікарень отримують до \$15 000.



Renata Pavlov – сімейний лікар (Загреб, Хорватія)

Чисельність населення Румунії становить близько 19,6 млн осіб. Очікувана тривалість життя населення – 75,0 року. ВВП на душу населення – біля \$10,097. З часів Радянського союзу і до 1999 року система охорони здоров'я Румунії працювала за принципами, запропонованими М.А. Семашко. На сьогодні головним важелем у системі охорони здоров'я є Заклад державного медичного страхування (National Health Insurance House – ННІН). Видатки на охорону здоров'я становлять близько 5,6% ВВП. Від загальної суми виділених коштів 67% надходять з ННІН, і на одного мешканця припадає близько \$988.

Державне медичне страхування в Румунії є обов'язковим і охоплює 86% всього населення. Частина незастрахованого населення становлять неофіційно працевлаштовані громадяни, працівники сезонних робіт, безробітні та цигани. Страхові внески сплачують як самі робітники (5,5% від заробітної плати), так і роботодавці (5,2%). Приватні підприємці сплачують 10,7% від прибутку. Застраховані особи мають повний соціальний пакет медичних послуг. Незастраховані особи безкоштовно можуть отримувати невідкладну медичну допомогу, медичну допомогу під час вагітності та пологів, лікування інфекційних захворювань, що можуть призвести до епідемії. Державним медичним страхуванням у повному обсязі покриваються випадки професійних травм, лікування професійних хронічних захворювань, надання медичної допомоги офіційно безробітним громадянам, вагітним, жінкам під час декретної відпустки, біженцям, монахам, дітям та молодим людям до 26 років, що навчаються, ветеранам війни та вдовам ветеранів, жертвам політичних репресій 1945–1989 років, інвалідам.

Система e-health в Румунії почала впроваджуватися з 2012 року спочатку у вигляді виписування електронних рецептів на препарати, що підлягають реімбурсації. Більшу частину таких медичних препаратів становлять дженерики, вартість яких не більше 65% вартості оригінального препарату. Препарати, що підлягають реімбурсації, повністю чи частково сплачуються ННІН. Перелік даних препаратів складається з трьох списків. Список А включає найбільш важливі препарати, і пацієнт сплачує лише 10% від повної його вартості. За препарати зі списку В пацієнт сплачує 50%, зі списку С – 100%. З 2015 року були введені електронні медичні карти, що значно полегшило роботу сімейних лікарів.

Сімейні лікарі забезпечують амбулаторний прийом та надання медичної допомоги громадянам, які попередньо уклали контракт з ННІН. Навантаження сімейного лікаря становить 1800–2000 пацієнтів у зв'язку з недостатністю кадрів. Потрапити до вузького спеціаліста можливо лише за направленням сімейного лікаря, винятком може бути звернення до приватного медичного закладу за власні кошти.

В Румунії існує проблема з кадровим забезпеченням. Більша частина молодих спеціалістів після закінчення університету або резидентури їдуть працювати до Німеччини, Іспанії, Італії, США та інших країн. Молодь пояснює це відносно низькою заробітною платою, яка в Румунії становить від \$900.

Чисельність населення Хорватії становить близько 4,1 млн осіб. Очікувана тривалість життя населення – 78,0 року. ВВП на душу населення – біля \$12 405. Хорватська система охорони здоров'я є державною і працює на досить високому рівні, хоча й відстає від провідних європейських країн. За рахунок обов'язкового державного медичного страхування хорвати безкоштовно отримують медичну допомогу у державних закладах та забезпечується ліками, вартість яких не перевищує 3000 кун (9000 грн.) на рік. Підтвердження наявності страховки у кожного пацієнта є електронна медична картка, що зберігає медичні дані, інформацію про

історію хвороби та виписані лікарем рецепти, за якими пацієнт в аптеці може отримати відповідні ліки без наявності паперового варіанту. Також за електронною медичною картою відбувається сплата за отримані медикаменти чи медичні послуги зі страхового фонду. Але пакет звичайного державного медичного страхування покриває не весь спектр медичних послуг. Кожна людина за наявності відповідних матеріальних ресурсів, може мати додаткову приватну страховку, щоб обслуговуватись у приватних клініках, де немає черг та додаткової сплати за ліки. Але приватний сектор охорони здоров'я в країні недостатньо розвинений (становить лише 15%).

Хорватія приділяє багато уваги вдосконаленню системи e-health, на що виділяється близько 1% бюджету на охорону здоров'я. З 2006 року проводиться навчання медичних працівників з використання системи e-health на практиці. Деякі медичні заклади навіть мають IT-відділи та штат співробітників – експертів у IT галузі. Хорватська e-health налічує понад 17 тис. користувачів і гарантує конфіденційність даних та безпечний доступ до медичних даних пацієнта. Лише 1,6% медичної документації оформлюється вручну. З 2015 року почалось фінансування державою роботи компонентів системи e-health – електронної реєстрації забезпечення медикаментами (eMedicament), електронної системи аналізу роботи медичних закладів (eHospital), електронного реєстру медичних стандартів (eGuidelines) та електронного навчання у сфері охорони здоров'я.

У країні існує три типи закладів первинної медичної допомоги, де можуть працювати сімейні лікарі – це «дом здоров'я», «амбуланса» і «концесія». Для кращого розуміння, перше – це центр ПМСД, друге – амбулаторія ЗПСМ, третє – приватна практика. Але заклади первинної медичної допомоги за оснащенням, внутрішнім та зовнішнім виглядом дуже різні – від нових і добре оснащених до старих маленьких кабінетів. Попри це державні медичні заклади вторинного рівня оснащені сучасною технікою та телекомунікаційними технологіями, що дозволяє надавати медичні послуги навіть на відстані за допомогою інформаційних технологій та телемедицини.

Хорватські лікарі мають належну кваліфікацію. Кожен сімейний лікар має близько 2000 пацієнтів і отримує фіксовану платню. Орієнтовна заробітна плата лікаря загальної практики – 800 євро в «домі здоров'я», 1000 євро в «амбулансі» і 2000–3000 євро – в «концесії». За день сімейний лікар приймає від 50 до 130 пацієнтів, включаючи надання телефонних консультацій і виписування рецептів хронічним хворим. У зв'язку з недостатністю кадрів, великим навантаженням лікарів, наявністю островів та великих відстаней від медичних установ до маленьких міст і селищ у медичних закладах існують довгі черги. Держава намагається вирішити ці проблеми шляхом кращого розвитку первинної медичної допомоги, зокрема за рахунок надання можливостей сімейному лікарю працювати на островах, обслуговуючи 200–300 пацієнтів, отримуючи загальноприйнятну фіксовану зарплату, як і на материках.

ВИСНОВКИ

Досвід функціонування систем охорони здоров'я європейських країн є дуже корисним для України та може бути застосованим після відповідної адаптації до українських реалій. Для цього необхідне стратегічне планування розвитку сфери охорони здоров'я України, зокрема сімейної медицини, з урахуванням міжнародного досвіду та аналізом результатів його впровадження у пілотних проектах на території України у рамках міжнародної співпраці.

Системы здравоохранения в европейских странах глазами семейных врачей

В.И. Ткаченко, Д.П. Кекух, О.А. Гаевая, А.И. Алексейченко, И.И. Заставный

В статье приведен обзор систем здравоохранения европейских стран (Испания, Португалия, Турция, Румыния, Хорватия), полученный в рамках сотрудничества с Международным молодежным движением семейных врачей Vasco da Gama Movement и Европейской ассоциацией семейных врачей WONCA Europe. Использование опыта других стран, адаптированного к украинским реалиям, может дать новый толчок развития системы здравоохранения Украины при условии проведения соответствующих исследований в рамках международного сотрудничества.

Ключевые слова: система здравоохранения, Международное молодежное движение семейных врачей Vasco da Gama Movement, общая практика – семейная медицина, Европа, Испания, Португалия, Турция, Румыния, Хорватия.

Healthcare systems in the european countries from point of view of family doctors

V. Tkachenko, D. Kekuch, O. Haiova, O. Alekseichenko, I. Zastavny

The article represent the review of healthcare systems in European countries (Spain, Portugal, Turkey, Romania, Croatia), which was obtained in collaboration with the International Movement of Youth Family Doctors – Vasco da Gama Movement and the European Association of Family Doctors WONCA Europe. The using of other countries' experience adapted to the Ukrainian realities can gives a pulse to the new wave of healthcare system's development in Ukraine, on condition of conducting the relevant researches in international cooperation.

Key words: healthcare systems, Vasco da Gama Movement, general practice – family medicine, Europe, Spain, Portugal, Turkey, Romania, Croatia.

Сведения об авторах

Ткаченко Виктория Ивановна – Национальная медицинская академия последипломного образования, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9. E-mail: witk@ukr.net

Кекух Дмитрий Петрович – Национальная медицинская академия последипломного образования, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9

Гаевая Ольга Анатольевна – Национальная медицинская академия последипломного образования, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9

Алексейченко Александра Игоревна – Национальная медицинская академия последипломного образования, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9

Заставный Игорь Игоревич – Амбулатория ОПСМ, 81033, Львовская обл., пгт Краковец, пл. Шухевича, 1

Статья поступила в редакцию 14.11.17