

ІННОВАЦІЙНІ ПІДХОДИ ДО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДОСТУПНОСТІ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ СІЛЬСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ

В.М. Лехан, К.О. Надутий, Г.О. Слабкий (Дніпропетровськ, Київ)
Дніпропетровська державна медична академія
Міністерство охорони здоров'я України
ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

Резюме. У результаті моделювання та порівняльного аналізу можливих сценаріїв вирішення проблеми доступності первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) у сільській місцевості шляхом забезпечення лікарів загальної практики / сімейної медицини (ЗП/СМ) автотранспортом визначено, що найбільш ефективним є сценарій, який передбачає використання інноваційних механізмів державно-приватного партнерства. Вони полягають у застосуванні фінансового лізингу автомобілів із залученням інвестицій з європейського фінансового ринку та у підвищенні оплати праці лікарів у вигляді натуральної складової – передачі автомобіля лікаря у власність по закінченню певного терміну експлуатації.

Ключові слова: первинна медико-санітарна допомога, доступність, лізинг автомобілів.

Низький рівень доступності ПМСД для сільського населення зумовлений передусім віддаленістю місць надання первинної допомоги від місць проживання населення, а також низьким показником забезпеченості лікарськими кадрами [2;3;5].

За результатами комплексної інвентаризації ПМСД, у 2007 р. лише 40% лікарських амбулаторій і 21% дільничних лікарень мали радіус обслуговування до 7 км, а кожен 4-й ФАП обслуговував 2 і більше населених пунктів [1; 4]. Для вирішення цієї проблеми закуповувались автомобілі як коштом місцевих, так і державного бюджету. Основним методом кадрового забезпечення до сьогодні лишається примусове направлення лікарів на роботу в сільську місцевість. Зазначені підходи показали свою недостатність та неефективність. Через брак коштів та змушене нехтування економічно обґрунтованими сучасними стандартами амортизації транспортних засобів забезпеченість ПМСД автомобілями становить 60% від потреби, знос – 80%, у їх числі багато екологічно «брудних» та енергомістких. Спостерігається нецільове використання автотранспорту. Кількість лікарів первинної допомоги на селі дорівнює 55% від потреби, відмічається висока плинність кадрів та «недоїзд» випускників медичних вузів до місць призначення.

Робота у первинній ланці охорони здоров'я, особливо у сільській місцевості, «не вабить» через низькі

доходи і незадовільні умови праці, які значною мірою визначає низький рівень забезпечення транспортом.

Мета роботи – обґрунтувати підходи до підвищення доступності ПМСД для сільського населення шляхом вирішення проблеми транспортного забезпечення та сприяння закріпленню кадрів на первинному рівні медичної допомоги.

Матеріали та методи

Використано методи концептуального моделювання та економічного аналізу.

Розглянуто три сценарії:

Сценарій 1. Збільшення обсягів закупівель автомобілів коштом державного і місцевого бюджетів та суттєве (значуще) підвищення заробітної плати медпрацівників ПМСД, передусім лікарів, які обслуговують сільське населення.

Сценарій 2. Збільшення обсягів закупівель автомобілів за рахунок бюджетних коштів, надання цих автомобілів у розпорядження (за дорученням) лікарям для використання у службових цілях з поступовим скороченням посад водіїв та використанням заощаджених коштів для збільшення оплати праці лікарів.

Сценарій 3. Комплексний підхід, що поєднує придбання автомобілів для закладів ПМСД на умовах лізингу; сприяння залученню кредитних ресурсів зі світового фінансового ринку з метою здешевлення

лізингу; надання лікарям автомобілів у розпорядження (за дорученням) для використання у службових цілях з одночасним укладанням угоди про передачу автомобіля у власність по закінченню терміну лізингу.

Проведено економічний аналіз доцільності застосування різних варіантів вирішення проблеми.

Результати дослідження та їх обговорення

За проведеними попередніми розрахунками, для забезпечення 14,5 млн сільського населення України ПМСД необхідно близько 8000 лікарів ЗП/СМ і відповідно близько 8000 автомобілів (за умови забезпечення кожного лікаря автомобілем), (табл. 1). За даними соціологічного опитування, проведеного Л.Ф. Матюхою у 2009 р.¹, 2/3 лікарів та інтернів зі спеціальності «ЗП/СМ» вважають прийнятною суму 2,5–3,5 тис. грн як початковий рівень оплати праці, що здатен утрима-

ти лікаря на робочому місці. Оскільки сьогодні лікар ЗП/СМ на селі отримує «на руки» (з урахуванням сумісництва та надбавок) близько 1,5 тис. грн, то для закріплення його на робочому місці в сільській місцевості слід підвищити зарплатню близько на 1,5 тис. грн, або на 18,0 тис. грн на рік (без урахування інфляції).

Особливості експлуатації автомобіля для надання ПМСД на селі потребують вибору позашляховика. На ринку позашляховиків таким параметрам відповідають (у порядку зростання ціни) «Шевроле-Ніва», «Chevy Tuggo», «Renault Duster» тощо. Для розрахунків взято вартість автомобіля «Шевроле-Ніва», який відповідає необхідним вимогам, з мінімальною вартістю 123 тис. грн (у 2010 р.).

Отримані дані свідчать, що для реалізації *сценарію 1* лише на забезпечення автотранспортом та підвищення заробітної плати без урахування зростання цін необхідно впродовж 5 років 1918,3 млн грн (від 329,4 млн грн у 2011 р. до 438,8 млн грн у 2015 р.).

Таблиця 1

Розрахункова потреба в коштах для забезпечення первинної ланки в сільській місцевості автотранспортом і закріплення лікарського персоналу за місцем роботи

Кількість сільського населення, тис. осіб		≈ 14500
Максимальне навантаження на 1-го сімейного лікаря (1,5 ставки, лікар ЗП/СМ), тис. осіб		1,80
Кількість лікарів ЗП/СМ для обслуговування сільського населення	наявна	≈ 4400
	мінімальна необхідна	≈ 8000
Кількість автомобілів у закладах/підрозділах первинної допомоги у сільській місцевості	наявна (знос до 80%)	2 500
	необхідна у 2015 р. (за умови забезпечення кожного лікаря автомобілем)	≈ 8000
Ціна автомобіля, тис. грн		123,0
Загальні витрати на придбання автотранспорту, усього, тис. грн		984000
щорічно (до 2015 р.), тис. грн		196800
Заробітна плата (дохід), що влаштовує лікаря ЗП/СМ, тис. грн		~ 3,0 (2,5÷3,5)
Необхідний для закріплення кадрів розмір збільшення доходу (кошти «на руки») лікаря, тис. грн		1,5
Загальні витрати на збільшення оплати праці лікарів ЗП/СМ, усього, на 2011–2015 рр., тис. грн		934341,5
щорічно (до 2015 р.), тис. грн		від 132616,2 у 2011 р. до 11441120,4 у 2015 р.
Усього необхідні витрати на забезпечення лікарів ЗП/СМ автотранспортом і мотивацію до роботи в сільській місцевості на 2011–2015 рр., тис. грн		1918341,5
щорічно (до 2015 р.), тис. грн		від 329416,2 у 2011 р. до 437920,4 у 2015 р.

¹ Робочі матеріали соціологічного дослідження



Примітка. * – ДАІУНПУ – Державне агентство з інвестицій та управління національними проектами України

Рис. 1. Інноваційний механізм забезпечення первинної медико-санітарної допомоги у сільській місцевості автотранспортом (сценарій 3)

На додаток до цього, за сценарієм 1 при зростанні кількості автомобілів постане необхідність у збільшенні штатних посад водіїв (1 автомобіль – 1 водій), що зумовить додаткові видатки в обсягах 934,3 млн грн за 5 років. Загальні видатки на реалізацію сценарію 1 становлять 2705,8 млн грн за 5 років (від 436,9 млн грн у 2011 р. до 645,5 млн грн у 2015 р.).

Сценарій 2 має певні переваги стосовно сценарію 1, оскільки передбачає не збільшення, а поступове скорочення посад водіїв з можливістю спрямування відповідних витратків (на сьогодні розрахункові витратки на оплату праці водіїв у закладах ПМСД у сільській місцевості становлять орієнтовно 63,3 млн грн на рік) на підвищення зарплати медичному персоналу, зокрема лікарям. Загальні витрати за сценарієм 2 порівняно зі сценарієм 1 зменшуються майже у 2 рази (до 1402,5 млн грн). Однак вищезазначене перенаправлення коштів може забезпечити приріст заробітної плати кожного лікаря у 2011 р. лише на 1,2 тис. грн/міс., що менше за необхідний розмір збільшення доходів лікарів (табл. 1). Крім цього, беручи до уваги, що загальний розмір економії коштів від скоро-

чення водіїв лімітований сумою 63,3 млн грн, а кількість лікарів має збільшуватись, з кожним роком частка цієї суми у розрахунку на одного лікаря та відповідна надбавка за рахунок цього джерела буде знижуватись (до 0,66 тис. грн/міс. у 2015 р.), що значно зменшить привабливість застосування сценарію 2 як такого, що не забезпечує закріплення лікарських кадрів на селі.

Реалізація **сценарію 3** потребує проведення комплексу заходів (рис. 1):

- Проведення закупівель автомобілів для ПМСД у сільській місцевості на умовах фінансового лізингу.
- Нормативно-правове забезпечення пільг для лізингодавача та страховика при застосуванні механізму лізингу.
- Надання державних гарантій щодо підтримки з боку держави застосування механізму лізингу.
- Залучення лізингодавачем інвестицій/кредитів в обсягах, необхідних для придбання автомобілів.
- Укладання договорів між закладами ПМСД і лікарями ЗП/СМ щодо взаємних гарантій:

Таблиця 2

Вхідні дані на придбання автомобілів для лікарів загальної практики / сімейної медицини в сільській місцевості при застосуванні механізму фінансового лізингу

Частка першого внеску (%)	20
Сума першого внеску (тис. грн)	24,6
Загальна сума платежів (тис. грн)	125,4
Сума лізингу (тис. грн)	98,4
Сума відсотків за увесь термін лізингу (тис. грн)	27,0
Комісія за організацію лізингу (%)	4,0
Сума щомісячного платежу (тис. грн)	0,209
Плата за лізинг банку/інвестору (% , комісії)	6,0
Вартість обов'язкового страхування цивільно-правової відповідальності (ОСЦПВ)	0,27
КАСКО (% від залишкової вартості з урахуванням амортизації)	7,0

- а) з боку закладу – надання автомобіля в особисте користування (довіреність), гарантія передачі його у власність через 5 років (завершення лізингу) та відшкодування витрат, пов'язаних з експлуатацією автомобіля у службових цілях;
 - б) з боку лікаря – гарантія використання автомобіля у службових цілях та відпрацювання у закладі терміну не менше 5 років.
 - Фінансування з місцевих бюджетів витрат, пов'язаних з експлуатацією автомобіля в службових цілях, та навчання лікарів ЗП/СМ на курсах водіїв.
 - Укладання договорів між лізингодавачем і страховиком (страховиками) про страхування (КАСКО) на пільгових умовах автомобілів, що надаються у лізинг закладам ПМСД.
 - Поступове скорочення посад водіїв та механіків у закладах ПМСД пропорційне списанню зношених автомобілів.
- Вхідні дані для розрахунку витрат на здійснення сценарію 3 (табл. 2) отримані шляхом вивчення та узагальнення пропозицій необхідних продуктів (лізинг автомобілів, вартість інвестицій (кредитів) і вартість автострахування), розміщених у мережі Internet.
- Для запровадження сценарію 3 необхідні додаткові витатки на користування лізингом та КАСКО. Однак ці витатки компенсуються за рахунок скорочення посад водіїв та нівелювання витрат на забезпечення гаражного утримання автомобілів.
- Важливою перевагою сценарію 3 є застосування інноваційного механізму державно-приватного партнерства, що, по-перше, (у вузькому розумінні) полягає

Таблиця 3

Розрахунковий економічний ефект при застосуванні різних сценаріїв

Видатки	Сценарій	Рік					Усього за 5 років
		2011	2012	2013	2014	2015	
Загальні видатки (млн грн)	сценарій 1	436,9	489,0	541,2	593,3	645,5	2705,8
	сценарій 2	279,6	280,1	280,5	280,9	281,4	1402,5
	сценарій 3	150,3	193,5	233,5	272,1	309,4	1158,7
	сценарій 2 порівняно зі сценарієм 1	157,2	208,9	260,7	312,4	364,1	1303,3
	сценарій 3 порівняно зі сценарієм 1	286,6	295,5	307,7	321,2	336,1	1547,1
	сценарій 3 порівняно зі сценарієм 2	129,4	86,6	47,0	8,8	-28,0	243,8

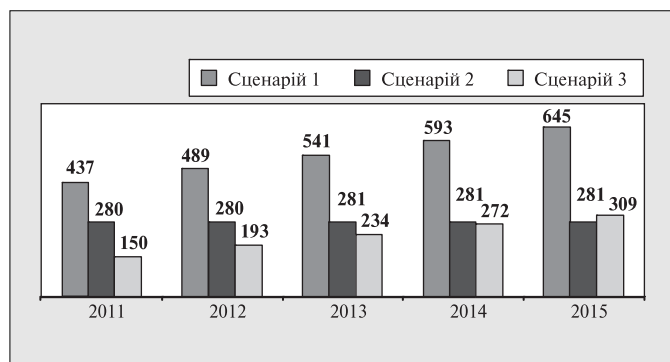


Рис. 2. Порівняння видатків за різними сценаріями у 2011–2015 рр.

у залученні до вирішення проблем охорони здоров'я приватного бізнесу та капіталу (лізингова компанія, приватний інвестор), а, по-друге, (у широкому розумінні) включає інноваційний спосіб взаємодії держави з лікарем як приватною особою.

Використання лізингу автомобілів із залученням інвестицій з європейського фінансового ринку дає змогу розподілити видатки у часі та значно (у рази) зменшити у перші роки навантаження на бюджет, пов'язане з вирішенням проблеми доступності ПМСД для сільського населення, що особливо важливо в умовах подолання наслідків світової фінансово-економічної кризи (рис. 2; табл. 3). Так, у 2011 р. за сценарієм 3 порівняно зі сценарієм 1 видатки менші майже у 3 рази і майже у 2 рази порівняно зі сценарієм 2. Економічний ефект від застосування сценарію 3 за 5 років порівняно зі сценарієм 1 становить 1547,1 млн грн, а порівняно зі сценарієм 2 – 243,8 млн грн.

Укладання договору з лікарем про передачу автомобіля у власність після відпрацювання на робочому місці певного періоду часу по суті є застосуванням натуральної форми оплати праці. Такий підхід приводить до практичного нівелювання необхідності підвищення заробітної плати лікарів та відповідних видатків бюджету (у будь-якому разі значно їх зменшує), оскільки забезпечує фактичне отримання лікарем додаткового доходу у 1,3 тис. грн/міс. (при початковій вартості автомобіля у 123,0 тис. грн) або зростання заробітної плати на 1,6 тис. грн/міс. Застосування зазначеного меха-

нізму суттєво підвищить привабливість та престижність роботи у ПМСД на селі і, відтак, сприятиме вирішенню проблеми кадрового забезпечення ПМСД у сільській місцевості.

Висновки

1. Порівняльний аналіз різних сценаріїв підвищення доступності ПМСД через забезпечення лікарів ЗП/СМ автотранспортом і підвищення рівня їх оплати показав найбільш високу ефективність сценарію 3, який передбачає використання лізингового механізму при закупівлі автомобілів та їх передачу у власність лікарям.
2. Запровадження цього сценарію дасть змогу задовольнити потреби в автомобілях протягом короткотривалого терміну (до 5 років) при мінімізації видатків бюджетних коштів у перші роки разом з підвищенням заробітної плати лікарів (за 5 років видатки з держбюджету в 2,3 рази менші порівняно з традиційними держзакупівлями автомобілів у аналогічних обсягах та видатками на збільшення заробітної плати в обсягах, необхідних для забезпечення мотивації праці) та підвищити ефективність використання ресурсів в охороні здоров'я шляхом скорочення видатків, пов'язаних з утриманням штатів водіїв та механіків, зберіганням автомобілів, нецільовим використанням службового автотранспорту та полегшення вирішення проблеми підвищення оплати праці лікарів, які працюють у первинній ланці сільської місцевості.

Перспективи подальших досліджень

Запропонований механізм відповідає пріоритетам, визначеним у розділі «Реформа медичного обслуговування» Програми економічних реформ на 2010–2014 рр. «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава». Він ефективно сприятиме досягненню встановлених Програмою цілей та реалізації стратегії державно-підприємницького партнерства у галузі охорони здоров'я.

Список літератури

1. Аналіз мережі закладів ПМСД у сільській місцевості / Л. Ф. Матюха, Н. Г. Гойда, М. П. Жданова, К. О. Надутий // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я. – 2008. – № 4. – С. 25–29.
2. Боргоякова Т. В. Охрана здоровья сельских жителей: федеральные и региональные аспекты / Т. В. Боргоякова // Аналитический вестник Совета Федерации ФС РФ. – 2008. – № 18 (363). – С. 23–27.
3. Зуев В. И. Организация медицинской помощи на селе: социологический анализ / В. И. Зуев, Н. Г. Чевтаева, О. А. Шипиловская // Научный вестник Уральского академии государственной службы: политология, экономика, социология, право. – 2009. – № 4 (9). – С. 18–21.

4. *Охорона здоров'я України: стан, проблеми, перспективи* / В. М. Князевич, В. В. Лазоришинець, І. В. Яковенко [та ін.]; МОЗ України. – К.: Полімед, 2009. – 437 с.
5. *Юргель Н. В.* Вопросы повышения качества и доступности медицинской помощи сельскому населению / Н. В. Юргель // *Здравоохранение*. – 2008. – № 12. – С. 29–35.

Иновационные подходы к обеспечению доступности первичной медико-санитарной помощи сельскому населению

*В.Н. Лехан, К.А. Надутый,
Г.А. Слабкий* (Днепропетровск, Киев)

В результате моделирования и сравнительного анализа возможных сценариев решения проблемы доступности первичной медико-санитарной помощи в сельской местности путем обеспечения врачей общей практики / семейных врачей транспортом определено, что наиболее эффективным является сценарий, который предусматривает применение инновационных механизмов государственно-частного партнерства. Они заключаются в использовании финансового лизинга автомобилей с привлечением инвестиций с европейского финансового рынка и в повышении оплаты труда врачей в виде натуральной составляющей – передачи автомобиля врачу в собственность по истечению определенного срока эксплуатации.

Ключевые слова: первичная медико-санитарная помощь, доступность, лизинг автомобилей.

Innovative approaches to ensure the availability of primary medical and sanitary care for rural populations

*V.M. Lekhan, K.O. Nadutyi,
G.O. Slabkiy* (Dnipropetrovsk, Kyiv)

The simulation and comparative analysis of possible scenarios to address access to primary medical and sanitary care in rural areas by ensuring general practitioners – family physicians by car has been determined that the most effective is a scenario that provides for the use of innovative public-private partnership, is the application of financial car leasing with investments from the European financial market and increase wages of doctors as a natural component – the transfer of vehicle ownership in the doctor after a certain period of operation.

Key words: primary medical and sanitary care, accessibility, car's leasing.

Рецензент: д-р мед. наук, проф. О.З. Децик.