

Л.Я. КОВАЛЬЧУК, М.В. БАНЧУК, Р.Я. МОСТОВИЙ, В.П. МАРЦЕНЮК,
А.Г. ШУЛЬГАЙ (Тернопіль)

ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ МОДЕЛІ КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського
МОЗ України»

У статті наведено організаційну модель кадрового забезпечення первинної медико-санітарної допомоги, яка ґрунтується на залученні до надання медичної допомоги сімейного лікаря-фондотримача. Також запропоновано використовувати у наданні первинної медичної допомоги комунальні некомерційні неприбуткові підприємства.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: первинна медична допомога, сімейний лікар, комунальне некомерційне неприбуткове підприємство.

Серед основних завдань, які ставить перед усіма гілками влади Президент України, є пріоритетність розвитку та реформування вітчизняної системи охорони здоров'я. Останнє зумовлено високою чутливістю суспільства до становища у цій сфері, якісна зміна якого не лише безпосередньо впливатиме на поліпшення умов та якості життя широких верств населення, але й водночас сприятиме зменшенню витрат громадян на отримання неякісних послуг з охорони здоров'я, втрат суспільства від погіршення якості людського капіталу.

Проблеми системи охорони здоров'я в Україні мають багатоаспектний комплексний характер, що зумовлює необхідність оновлення політики охорони здоров'я, розроблення та реалізації нових стратегій і програм. Завданням для національної системи охорони здоров'я є постійно вдосконалюватися та оновлюватися відповідно до суспільних змін і наукових досягнень. Успішна боротьба з реальними загрозами для здоров'я населення зумовлюється застосуванням інтегрального міжсекторального підходу. Вирішення проблем громадського здоров'я потребує поліпшення визначальних його детермінантів, скорочення поширеності чинників ризику, впровадження сучасних стратегій профілактики.

Головними завданнями реформи системи охорони здоров'я України є покращення якості надання медичної допомоги населенню та створення умов для медичних працівників, які б сприяли підвищенню ефективності роботи із забезпечення медичної допомоги, що включає в себе як матеріальне оснащення лікувально-профілактичних закладів, так і поліпшення побутових умов і зарплатні медичних працівників.

Важливим моментом реформ є забезпечення населення ефективною первинною медичною допомогою. Адже в усьому світі первинна медико-санітарна допомога (ПМСД) є важливим інструментом впливу на поліпшення стану здоров'я населення, профілактики захворювань, підвищення якості надання медичної допомоги. На первинну ланку охорони здоров'я припадає понад 80% первинних звернень пацієнтів, які починають і закінчують лікування безпосередньо за місцем проживання.

Чинне законодавство дозволяє використовувати різні організаційні форми в наданні медичної допомоги. Серед них необхідно виділити адміністративно-правову, приватну практику сімейного лікаря-фондотримача, форму комунальних некомерційних неприбуткових підприємств.

На сьогодні відбувається розробка та впровадження моделі управління медичним обслуговуванням за принципом надання медичної допомоги на договірних (контрактних) умовах з оптимізацією механізму диференційованого розподілу коштів на її надання з пріоритетним забезпеченням ПМСД на засадах загальної практики/сімейної медицини.

Враховуючи те, що фінансування первинної ланки медичної допомоги здійснюється за подушним принципом, то кількість коштів, які виділяються на обслуговування дільниці сімейного лікаря, безпосередньо залежить від кількості населення, яке він обслуговує. Таким чином, це дозволяє на первинній ланці, окрім адміністративно-правових форм діяльності закладів, використовувати й інші, серед яких найбільш раціональною, на нашу думку, є форма сімейного

лікаря – приватного підприємця, фондотримача. Використання такої моделі збільшить мотивацію медичних працівників до підвищення рівня якості медичних послуг, а керівників медичних закладів – до зростання ефективності та збільшення обсягів медичних послуг.

Мета роботи: дати характеристику організаційної моделі сімейного лікаря-фондотримача, приватного підприємця.

Матеріали і методи. В основу роботи покладено результати дворічної діяльності п'яти експериментальних сільських лікарських амбулаторій, організованих Тернопільським державним медичним університетом імені І.Я. Горбачевського.

Результати дослідження та їх обговорення. Відповідно до регламентуючих нормативних документів МОЗ України, забезпечення надання ПМСД покладається на центри первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД), які формують мережу амбулаторій загальної практики – сімейної медицини. Штатний розпис амбулаторії загальної практики – сімейної медицини, у тому числі кількість лікарів, буде залежати від територіально-адміністративної одиниці, на якій розміщена амбулаторія. У дільницю сімейного лікаря може входити декілька медичних пунктів, фельдшерських або фельдшерсько-акушерських пунктів. Усі працівники амбулаторій та підпорядкованих їм підрозділів належать до юридичної одиниці – ЦПМСД – і отримують заробітну плату відповідно до встановлених Кабінетом Міністрів України тарифних посадових окладів. Останні не є високими і не забезпечують відповідних мотивацій працівників первинної ланки до покращення якості надання медичних послуг. Не дивлячись на запровадження диференціації розміру оплати праці медичних працівників залежно від рівня їх кваліфікації, обсягів, якості, складності, ефективності та умов виконуваної роботи, а також безперервності стажу роботи, цільового фінансування надбавок до заробітної плати за ненормований та напружений робочий графік закладів охорони здоров'я у сільській місцевості, останні не забезпечують належного рівня мотивації медичних працівників і часто не мають постійного застосування. У зв'язку з цим нами запропоновано іншу форму взаємовідносин сімейного лікаря та ЦПМСД, де сімейний лікар виступатиме як приватний підприємець, що отримав ліцензію на медичну практику із загальної практики – сімейної медицини і уклав з центром угоду на обслуговування тієї чи іншої дільниці.

Пропонована схема не передбачає додаткового фінансування та виходить з існуючого в Україні та у Тернопільській області, зокрема, фінансування медицини з розрахунку на одного жителя. Проведеними розрахунками встановлено, що для

забезпечення надання медичної допомоги на первинному, вторинному, третинному рівнях та екстреної медичної допомоги припадає 570 грн на одного жителя. Приблизно така сама сума виділяється і на одного жителя сільської місцевості. Якщо виходити з того, що, згідно з існуючими директивами МОЗ України, на ПМСД виділяється понад 30% від цієї суми, ми отримуємо 168 грн в рік на одного жителя для надання ПМСД. У межах експерименту доцільно відійти від нормативу 1200 жителів на одного сімейного лікаря, оскільки при перерахунку на одного жителя (168 грн) загальна сума не перевищує необхідних видатків. Як і у місті, одну дільницю в селі доцільно розраховувати на 1500 жителів.

Розглянемо приклад, коли сільська дільниця нараховує 2300 жителів. При цьому загальна сума виділених коштів на одну, як міську, так і сільську, дільницю з кількістю 2300 жителів складе 386400 грн, які можна поділити за схемою, поданою в таблиці 1. Для цього лікар (лікар загальної практики – сімейний лікар) повинен виступати як підприємець – фізична особа та мати ліцензію на право здійснення медичної практики.

У випадку, коли сільська дільниця нараховує 1314 жителів, загальна сума виділених коштів складе 220752 грн, які можна поділити за схемою, поданою в таблиці 2. При цьому, як в першому, так і в другому випадках, 9,42% від виділених коштів скеровується на утримання ЦПМСД.

Зауважимо, що дані розрахунки не є рекомендаційними, а наведені як приклад.

Існуюча правова база дозволяє реалізацію такої діяльності. Окрім того, наказом МОЗ України № 131 від 23.02.2012 р. «Про затвердження Примірного положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та примірних положень про його підрозділи», в затвердженому додатку «Примірне положення про центр медичної (медико-санітарної) допомоги», п. 2.2.3, і в додатку «Порядок організації медичного обслуговування та направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу», п. 4.8, передбачено цивільно-правові відносини ЦПМСД та лікаря загальної практики – сімейної медицини, що провадить господарську діяльність з медичної практики як фізична особа – підприємець.

Лікар укладає цивільно-правову угоду з ЦПМСД для надання відповідної медичної допомоги на певній дільниці й працює за другою групою згідно з податковим кодексом. Він сплачує єдиний податок – 20% від мінімальної заробітної плати; у Пенсійний фонд сплачує 34,7% за себе від мінімальної заробітної плати, а за кожного найманого працівника – 37% від зарплатні остан-

Таблиця 1. Розрахунки витрат на дільницю с. Ілавче Тербовлянського р-ну Тернопільської області*

Розрахунки витрат на дільницю													
Кількість жителів – 2300 чол.													
Сума на 1 жителя – 168 грн													
Загальна сума коштів на амбулаторію: 168x2300=386 400 грн													
Відрахування на офіс: 9,42%=36400 грн													
Сума, яка залишається в амбулаторії, – 350 000 грн													
	к-сть працівників	посад оклад	зароб. плата	нарахування <i>34,7% лікар 35,2% всі прац.</i>	податки	придб. медикам.	витрати на оренду приміщення	комунальні послуги	витрати на пальне	витрати на автомобіль	непередбачені витрати	на офіс	потреба коштів ВСЬОГО
					230 грн на місяць		1 грн. на рік		126 л на місяць 4.2 л на день			9.42 % від всієї суми 36400 грн.	
Сім. лікар	1	7877,33	7877,33	2733,43									
Медсестра	1	1871	1871	658,59									
Медсестра	1	1871	1871	658,59									
Медсестра	1	1871	1871	658,59									
Санітарка	0,5	1278	639	224,93									
Водій	0,5	1394	697	245,34									
Двірник	0,25	1147	286,75	100,94									
МІСЯЦЬ	5,25		15113,1	5280,42	230	1099,58		3441,67	1385,42	437,42			
РІК			181357	63365,01	2760	13195	1	41300	16625	5249	26148,03		350000,00

*Примітка. Кошти, виділені на медикаменти, повинні бути використані повністю – це підтверджується чеками на їх придбання і відповідними записами в амбулаторних картах. Кошти, виділені на комунальні послуги, обслуговування автомобіля, пальне, зарплату для технічного персоналу, лікар-підприємець при економії може використати на власний розсуд, у тому числі на доповнення своєї зарплати та інших працівників.

Таблиця 2. Розрахунки витрат на дільницю с. Увисла Гусятинського р-ну Тернопільської області*

Розрахунки витрат на дільницю												
Кількість жителів – 1314 чол.												
Сума на 1 жителя – 168 грн												
Загальна сума коштів на амбулаторію: 168x1314=220752 грн												
Відрахування на офіс: 9,42%=20795 грн												
Сума, яка залишається в амбулаторії, – 199 957 грн												
Автомобіль «Опель-комбо» (власність сільради)												
	к-сть працівників	посад. оклад	зароб. плата	нарахування	податки	придб. медикам.	витрати на оренду приміщення	комунальні послуги	витрати на пальне	витрати на автомобіль	на офіс	потреба коштів
				34,7% лікар 35,2% всі прац.								ВСЬОГО
					230 грн	2 грн. на		4000 грн газ		2000		
Сім. лікар	1	4500	4500	1561,5	на місяць	1 чол.	1 грн. на рік	21 000 газ рік	5 000	запчастини 1000 обслуг.	9,42% до всієї суми	20975
Медсестра	1	1335	1335	469,92		на рік		1000 грн.рік ел.ен.				
Медсестра	1	1869	1869	657,888		Рекомендовано		135 грн.міс.				
Санітарка	0,5	1278	639	224,928				телефон +інтернет 135*12=1620				
Водій	0,5	1699	849,5	299,024								
Двірник	0,25	1147	286,75	100,936								
МІСЯЦЬ	4,25		9479,25	3314,20	230	629	0,08	1968,33	417	250		16287,86
РІК			113751	39770,35	2760	7548	1	23620	9504	3002,65		199957,00

*Примітка. Кошти, виділені на медикаменти, повинні бути використані повністю – це підтверджується чеками на їх придбання і відповідними записами в амбулаторних картах. Кошти, виділені на комунальні послуги, обслуговування автомобіля, пальне, зарплату для технічного персоналу, лікар-підприємець при економії може використати на власний розсуд, у тому числі на доповнення своєї зарплати та інших працівників.

нього (відповідно до ризику – 36%). Окрім того, від зарплатні кожного працівника перераховується 3,6% у Пенсійний фонд і 15% – як податок на доходи фізичних осіб.

Доцільно, щоб в угоді з лікарем-підприємцем було передбачено затвердження річних кошторисів ЦПМСД. Це дасть можливість уникнути неправомірного використання коштів, а за необхідності вносити корективи щодо оптимізації їх розподілу. Зокрема при кількості жителів понад 1500 на дільниці можуть вноситися поправочні коефіцієнти на збільшення заробітної плати лікаря чи молодшого медичного персоналу.

За поданими актами виконаних робіт, які одночасно є звітами про обсяг виконаної роботи, центри щомісячно перераховують підприємцю кошти, а він використовує їх за схемою, наведеною в таблицях 1 і 2. Роботу лікаря контролюють відповідні працівники ЦПМСД. При відхиленні підприємця від обсягу та якості надання медичної допомоги пацієнтам на дільниці, регламентованої угодою, згідно з цією ж угодою повинна бути передбачена можливість її розриву з підприємцем за ініціативи центру в односторонньому порядку.

Лікарі загальної практики – сімейні лікарі, що працюють як підприємці на основі цивільно-правових угод з ЦПМСД в умовах лікарських амбулаторій, можуть кооперуватися з метою заміни один одного на період відпустки або інших причин відсутності на роботі, а також з метою використання більшого досвіду свого колеги за тим чи іншим напрямком медичної діяльності. Така кооперація є звичайним методом у роботі європейських і американських сімейних лікарів. Кооперування лікарів може бути корисним і в плані зменшення чисельності молодшого медичного персоналу, і доведення його до оптимальної кількості.

На нашу думку, важливо відійти від жорсткої регламентації штатного розпису та нормативів на одного лікаря – дві медсестри. Доцільно користуватися реальними потребами, що дасть можливість не тільки зекономити кошти, але й уникнути організаційних недоліків, пов'язаних з наказом № 33. Правова основа організації роботи в межах цивільно-правових угод між лікарем-підприємцем і ЦПМСД допускає таку можливість.

Як видно з таблиць 1 і 2, при такій схемі при обслуговуванні 1314 осіб лікар буде отримувати 4500 грн, медсестра – 1869 грн, санітарка – 1278 грн. Окрім того, лікар для надання медичної допомоги буде отримувати 629 грн (на місяць) для закупівлі медичних засобів і кошти на бензин у селі (3 л на день).

При обслуговуванні 2300 осіб лікар буде отримувати 7877 грн, медсестра – 1871 грн, сані-

тарка – 1278 грн. Окрім того, лікар для надання медичної допомоги буде отримувати 1099 грн (на місяць) для закупівлі медичних засобів і кошти на бензин у селі (4,2 л на день).

Переваги даної системи полягають в наступному:

- ця система саморегулюється, і сума коштів, які виділяються сімейному лікарю на надання первинної медичної допомоги, залежить від кількості жителів на дільниці, яку обслуговує сімейний лікар;

- з кожним роком збільшується кількість коштів, які виділяються на одного жителя, а відповідно, і збільшується кількість коштів, які виділяються лікарю загальної практики-сімейному лікарю;

- оскільки оплата праці сімейного лікаря здійснюється за актами виконаних робіт, то цей момент є ключовим у покращенні ефективності надання медичної допомоги.

Можна вважати, що при здійсненні цих заходів з'являється мотивація працювати в первинній ланці охорони здоров'я для лікарів та іншого медичного персоналу.

Іншим, альтернативним, напрямком розвитку первинної медичної допомоги є створення ЦПМСД – комунальних некомерційних неприбуткових підприємств.

Важливість такого господарсько-правового інституту разом із правовим станом закладів охорони здоров'я зумовлені, насамперед, положеннями Конституції України про охорону здоров'я, Основами законодавства України про охорону здоров'я та Господарського кодексу України про загальні принципи господарювання. Саме гарантії права на охорону здоров'я визначають зміст і спрямованість діяльності держави. Разом з тим права закладів охорони здоров'я мають цінність лише тоді, коли вони можуть реально використовувати закладені в їх правовому статусі можливості для задоволення потреб та інтересів, зумовлених забезпеченням немайнового блага – права на здоров'я. В іншому разі гасла про забезпечення права на охорону здоров'я залишаються суто декларативними.

При таких підходах у сфері охорони здоров'я здійснюється перехід від фінансування лікувально-профілактичного закладу до фінансування надання безоплатної медичної допомоги, коли договори на виконання медичних послуг повинні укладатися між комунальним неприбутковим підприємством та пацієнтом.

Суть зміни учасників господарсько-договірних відносин полягає в тому, що відділи охорони здоров'я районних державних адміністрацій у межах фінансування та медичних стандартів укладають договори на надання медичних послуг.

При цьому замовником медичних послуг для територіальної громади району є органи виконавчої влади районного рівня, а виконавцем – комунальне неприбуткове підприємство, створене на базі районного комунального закладу охорони здоров'я. Тобто фактично здійснюється перехід від фінансування закладу охорони здоров'я до фінансування надання безоплатної медичної допомоги.

Отже, як альтернатива до існуючої форми закладів охорони здоров'я може бути перетворення їх у неприбуткові підприємства, які надають медичну допомогу того чи іншого рівня на основі укладених договорів. При цьому замовником виступають суб'єкти господарювання усіх форм власності та організаційно-правової форми або негосподарючі суб'єкти, а виконавцем виступають суб'єкти господарювання, що функціонують як заклади охорони здоров'я, за наявності ліцензії на медичну практику, на конкретно визначений вид медичної діяльності. У випадку укладання договору безпосередньо зі споживачем або його представником замовником виступає безпосередньо громадянин або його представник; виконавцем – суб'єкти господарювання, що функціонують як заклади охорони здоров'я, за наявності ліцензії на медичну практику, на конкретно визначений вид медичної діяльності.

У зв'язку з цим можна припустити, що в основу політики розвитку вітчизняної галузі охорони здоров'я може бути покладена можливість рефор-

мування закладів охорони здоров'я державної та комунальної форми власності, що здійснюють діяльність як бюджетні установи, у неприбуткові підприємства (суб'єкти некомерційного господарювання).

Таким чином, запровадження у надання медичних послуг на первинному рівні сімейного лікаря – приватного підприємця дозволить збільшити мотивацію лікаря у підвищенні якості та покращенні результатів своєї діяльності.

Висновки

1. Форма надання послуг лікарем загальної практики – сімейним лікарем – приватним підприємцем, який знаходиться у цивільно-правових відносинах з ЦПМСД, саморегулюється, і сума коштів, які виділяються сімейному лікарю на надання первинної медичної допомоги, залежить від кількості жителів на обслуговуваній ним дільниці.

2. З кожним роком збільшується кількість коштів, які виділяються на одного жителя, а відповідно, і збільшується кількість коштів, які виділяються лікарю загальної практики-сімейному лікарю.

3. Форма оплати праці за актами виконаних робіт забезпечує покращення ефективності надання медичної допомоги та стимулює роботу сімейного лікаря.

4. Альтернативою до адміністративно-правової форми організації первинної медичної допомоги доцільно вважати також комунальні некомерційні неприбуткові підприємства.

Список літератури

1. Ковальчук Л. Я. Проблеми кадрового забезпечення первинної ланки охорони здоров'я та можливі шляхи їх вирішення / Л. Я. Ковальчук // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2012. – № 2. – С. 30–36.
2. Концепція реформування охорони здоров'я Тернопільської області (п'ята редакція) / за ред. Л. Я. Ковальчука, М. М. Буртняка, А. Г. Шульга. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2012. – 63 с.
3. Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги : Закон України від 07.07.2011 р. № 3611-VI [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
4. Про затвердження Примірних штатних нормативів центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги : наказ МОЗ України від 23.02.2012 р. № 129 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
5. Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві": Закон України від 07.07.2011 р. № 3612-VI [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. – Назва з екрану.
6. Ageing and health : The European Health Report, 2002 / WHO, Eur.-Ser. № 97. – P. 61–64.

ХАРАКТЕРИСТИКА ОРГАНІЗАЦІОННОЇ МОДЕЛІ КАДРОВОГО ОБЕСПЕЧЕННЯ ПЕРВИЧНОЇ МЕДИКО-САНИТАРНОЇ ПОМОЦІ

Л.Я. Ковальчук, Р.Я. Мостовий, М.В. Банчук, В.П. Марценюк, А.Г. Шульгай (Тернопіль)

В статтю приведена організаційна модель кадрового забезпечення первинної медико-санітарної допомоги, котра ґрунтується на привертанні к оказанию первичной медицинской помощи семейного

врача – фондодержателя. Также предлагается использовать в оказании первичной медицинской помощи коммунальные некоммерческие неприбыльные предприятия.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **первичная медицинская помощь, семейный врач, коммунальное некоммерческое неприбыльное предприятие.**

CHARACTERISTICS OF THE ORGANIZATIONAL PERSONNEL MODEL OF PRIMARY HEALTH CARE

L.Ya. Kovalchuk, M.V. Banchuk, R.Ya. Mostovyy, V.P. Martsenyuk, A.G. Shulhay (Ternopil)

The article describes the organizational personnel model of primary health care. It is based on the involvement of the family physician-fondholder for medical care. It is proposed to use municipal non-profit companies to provide primary health care.

KEY WORDS: **primary health care, family physician, municipal non-profit company.**

Рукопис надійшов до редакції 20.08.2013 р.
Рецензент: д.мед.н., проф. О.М. Голяченко