

# Центр первинної медико-санітарної допомоги як форма організації сімейної медицини об'єднаної територіальної громади

Л.В. Глушко, Х.С. Симчич, Т.Ю. Гавриш, В.Т. Рудник, М.М. Островська  
Івано-Франківський національний медичний університет

Стаття присвячена аналізу сучасного процесу реорганізації закладів охорони здоров'я об'єднаної територіальної громади (ОТГ) та алгоритму створення центру первинної медико-санітарної допомоги. Вивчено нормативно-правові основи медичної реформи та аспектів діяльності системи первинної медичної допомоги ОТГ. Висвітлено сучасні підходи до організації пацієнт-орієнтованої моделі первинної медичної допомоги та здійснення заходів щодо покращення медико-технічного оснащення і фінансовий розподіл кошторису.

Встановлено, що створення центру первинної медико-санітарної допомоги у фінансово спроможних громадах дозволить повною мірою втілити пацієнт-орієнтовану модель із дотриманням напрямів розвитку і принципів надання первинної допомоги у сільській місцевості. Найоптимальнішим є чіткий розподіл праці між господарською частиною та лікувальною роботою. Перспективним є укладання договорів у рамках міжмуниципального співробітництва та цивільно-правові відносини з лікарями загальної практики-сімейної медицини, які працюють на засадах фізичних осіб-підприємців.

**Ключові слова:** центр первинної медичної допомоги, об'єднана територіальна громада, реорганізація, сімейна медицина.

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визнала первинну медичну допомогу (ПМД) найбільш важливим елементом національних систем охорони здоров'я (ОЗ). Доведено, що диспропорції між ПМД і спеціалізованою допомогою у країнах з низьким і середнім рівнем доходів залишаються джерелом неефективності й нерівності в ОЗ населення. Медицина в Україні характеризується домінуючим використанням високоартісної спеціалізованої допомоги у стаціонарах із збільшенням суспільних витрат та зниженням якості медичних послуг. Виходом з цієї ситуації ВООЗ визнала створення інтегрованої системи надання первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), що забезпечує понад 80% надання медичної допомоги населенню, а лікування у стаціонарах надається лише за умови неможливості вирішення проблем на первинному рівні [1].

Організація економічного співробітництва та розвитку в ході 30-річного аналізу встановила, що чим вищий рівень розвитку ПМД у країні, тим нижчі показники смертності та передчасної смертності від усіх причин, а також передчасної смертності від основних захворювань органів дихання й серцево-судинної системи [1].

Процеси глобалізації суспільства у XXI ст. суттєво впливають на місцеві органи влади. Інтеграція України в європейську спільноту можлива лише через розвиток у нашій державі самодостатньої системи місцевого самоврядування на засадах і принципах Європейської хартії місцевого самоврядування, яка є одним із джерел муніци-

пального права європейських держав. Її метою є компенсування браку спільних європейських стандартів оцінювання та захисту прав органів місцевого самоврядування, які є найближчими до населення. Вона визначає загальноновизнані в Європі принципи здійснення демократії на місцевому і регіональному рівні та зобов'язує сторони застосовувати основні правила, які гарантують політичну, адміністративну та фінансову незалежність органів місцевого самоврядування [4].

З прийняттям Закону України «Про добровільне об'єднання територіальних громад» від 05.02.2015 р. № 157-VIII в Україні розпочався новий етап багатоаспектного, багатовекторного, всеохоплюючого адміністративно-територіального реформування, місцевого самоврядування та децентралізації. До бюджетного та податкового законодавства внесено зміни, спрямовані на забезпечення фінансової самостійності нових громад шляхом виділення їм прямих бюджетних дотацій та субвенцій та закріплення відповідних повноважень, доходів і видатків [3, 4].

Відповідно до пункту 3 частини 1 статті 89 Бюджетного кодексу України до видатків, що здійснюються з бюджетів міст обласного значення, районних бюджетів, а також бюджетів об'єднаних територіальних громад (ОТГ), належать видатки на ОЗ, а саме:

а) на первинну медико-санітарну, амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу (лікарні широкого профілю, спеціалізовані медико-санітарні частини, пологові будинки, поліклініки і амбулаторії, загальні стоматологічні поліклініки, а також дільничні лікарні, медичні амбулаторії, фельдшерсько-акушерські та фельдшерські пункти, центри первинної медичної (медико-санітарної) допомоги (ЦПМСД));

б) програми медико-санітарної освіти (міські та районні центри здоров'я і заходи з санітарної освіти, інші програми і заходи) [4].

Отже, ОТГ нарівні із районними бюджетами напряму отримали і стали розпорядниками медичної субвенції із державного бюджету на первинну та вторинну медичну допомогу. Розмір цієї медичної субвенції, як і для району, визначався згідно з встановленою формулою, виходячи із кількості населення. Зі свого боку розмежування видатків на ОЗ між районним бюджетом та бюджетом ОТГ зумовило потребу організаційно-структурного розмежування медичних закладів у районі шляхом передачі до ОТГ підрозділів, які надавали медичну допомогу мешканцям відповідних населених пунктів [4].

У зв'язку з цим на практиці виникло чимало проблемних питань, насамперед, організаційного характеру, що можуть бути вирішені шляхом досягнення компромісу між усіма зацікавленими сторонами – ОТГ, районною радою, центральною районною лікарнею тощо. Причому це стосується як питань передачі амбулаторій та ФАПів, працевлаштування працівників, так і організації медичного обслуговування населення у цілому [4].

Отже, сфера ОЗ України розпочала системні зміни, включаючи зміну принципів фінансування галузі, що регламентовано законами, які започаткували реформу охорони здоров'я в Україні: «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» та «Про внесення змін до Бюджетного кодексу України». Реформа має на меті вирішити гострі проблеми, такі, як низька якість та ефективність надання медичних послуг, неефективне витрачання бюджетних коштів і, як наслідок, катастрофічні витрати домогосподарств на охорону здоров'я. Нововведення зосереджені на чіткому визначенні ролей та відповідальності Уряду, місцевого самоврядування, керівників закладів охорони здоров'я [2].

Відповідно до законодавства України, до повноважень місцевого самоврядування належать управління закладами ОЗ, організація їхнього матеріально-технічного та фінансового забезпечення, організація медичного обслуговування та харчування у комунальних оздоровчих закладах, забезпечення у межах наданих повноважень доступності та безоплатності медичного обслуговування на відповідній території, а також розвиток усіх видів медичного обслуговування, зокрема розвиток мережі закладів охорони здоров'я, сприяння підготовці та підвищенню кваліфікації спеціалістів. Сьогодні органи місцевого самоврядування стикаються з низькою перешкодою для розвитку закладів ОЗ: значні кошти з місцевих бюджетів спрямовуються на фінансування поточних видатків, а не на розвиток закладів та їхнього персоналу. Нова модель дає місцевому самоврядуванню можливість для повноцінного виконання своїх обов'язків у сфері охорони здоров'я: з національного рівня фінансується програма медичних гарантій, тоді як кошти місцевих бюджетів спрямовані на покращення якості роботи закладів ОЗ та впровадження місцевих програм. Для ефективної дії реформи принциповим є забезпечення достатнього рівня управлінської та фінансової автономії закладів ОЗ [1].

Основою для нової системи є пацієнт-центрична контрактна модель із вирішальним стратегічним замовленням ПМД та визначеними параметрами фінансування і результату, що ґрунтується на принципах:

- забезпечення доступу до медичної допомоги;
- координація та інтеграція надання медичної допомоги;
- повага до потреб та очікувань пацієнтів;
- надання пацієнтам інформації щодо діагнозу та процесу лікування;
- емоційна підтримка;
- залучення сім'ї до процесу надання медичної допомоги [1, 3].

Враховуючи, що сільська (селищна, міська) рада ОТГ не може безпосередньо здійснювати господарську діяльність з медичної практики, повинен бути створений заклад охорони здоров'я ОТГ як окрема юридична особа (амбулаторія чи ЦПМСД).

Визнано, що в рамках ПМД саме загальна практика-сімейна медицина (ЗПСМ) може забезпечити:

- доступні і прийнятні послуги для пацієнтів;
- справедливий розподіл ресурсів охорони здоров'я;
- інтегроване і координоване надання комплексних лікувальних, реабілітаційних, паліативних та профілактичних послуг;
- раціональне використання технологій і ресурсів наступних ланок ОЗ;
- рентабельність ПМД.

Окремі елементи ЗПСМ у системному поєднанні можуть значно підвищити ефективність ПМД завдяки ефекту синергії. Тому при розробці моделі ПМД на локальному рівні та її адаптації до місцевих умов необхідно передба-

чити всі необхідні елементи, навіть якщо на цьому етапі відсутні можливості для їх реалізації. Створення умов і пошук ресурсів під конкретні завдання наявної моделі ПМД (з усіма необхідними елементами) є основою її подальшого розвитку [2, 3].

Високоєфективні моделі ОЗ у сімейній медицині характеризуються загальністю, комплексністю, безперервністю і тривалістю, координацією, співробітництвом, орієнтовані на сім'ю та громаду та ґрунтуються на принципах безпечності, результативності (на підставі наукових знань та принципів доказової медицини), своєчасності, економічної ефективності, недискримінації та орієнтованості на людину. Сучасна модель ПМД повинна здійснювати всеохоплюючу безперервну профілактику, нагляд та підтримку при хронічних захворюваннях, проактивний контакт пацієнт-орієнтований, мультипрофесійний та командний підхід до надання ПМД [4].

За таких умов встановлена і чітко сформульована всебічна відповідальність команди ПМД за стан здоров'я конкретної групи населення (громади), за наявності відповідних механізмів фінансової та адміністративної звітності зумовлює зміни діяльності закладів ПМД. ЦПМСД розширюють спектр пропонованої допомоги, розробляючи заходи і програми, спрямовані на підвищення результативності, якими в інших випадках вони могли б знехтувати. Виникає необхідність інвестицій у профілактичні й оздоровчі заходи, а також охоплення сфер, яким звичайно не приділяється увага, наприклад ОЗ у школах і на виробництві. Це змушує підтримувати зв'язок з організаціями та приватними особами в місцевій громаді, які служать посередниками між лікарями й пацієнтами [1, 3].

Сьогодні в Україні створено 705 (та 125 у плані до кінця 2018 року) ОТГ, в яких залучено 3829 рад та 6 869 245 жителів. Знаковим щодо активізації їх створення був 2017 рік [5].

На Івано-Франківщині, де 90% сільських і селищних рад, протягом 2015–2018 рр. створено 29 ОТГ (131 рада – 255 214 жителів), тобто 54,7% від запланованих [5]. Це лише перший етап реформи, а відтак процес об'єднання громад сіл, селищ та міст у самодостатні ОТГ буде тривати і надалі, а отже, кількість новоутворених суб'єктів місцевого самоврядування постійно збільшуватиметься. Медицина в рамках реформування перебуває у паралельному реорганізаційному процесі: у новостворених територіальних громадах проходить формування спроможних мереж надання ПМД.

В Івано-Франківській області у рамках ОТГ створено 7 амбулаторій, 5 лікарень та 10 ЦПМСД (включно з ЦПМСД Ямницької ОТГ).

Ямницька СЛА є клінічною базою кафедри (згідно з листом МОЗ України № 8.02-74/1351 від 30.05.2002 року), тому найбільш вивчені процеси реорганізації і створення Центру на її прикладі.

Ямницька ОТГ створена 29.10.2017 року як об'єднання 4 сіл Тисменицького району з населенням 8156 жителів. Громада визнана спроможною з реверсним бюджетом. У перспективному плані є приєднання навколишніх сіл. Медична допомога надається у 2 амбулаторіях, підпорядкованих Лисецькій центральній районній лікарні (ЦРЛ), та 2 ФАПів у структурі Єзупільської міської лікарні. Згідно із Законом України про держбюджет на 2018 рік, Ямницька ОТГ отримала 6 млн грн. медичної субвенції. Адміністрації ОТГ надано повноваження щодо фінансового розподілу і раціонального використання коштів згідно з першочерговими потребами та для перспективного розвитку. Розпочався новий етап створення ЦПМСД ОТГ.

Першочергово постало питання, яку медичну структуру хотіли б бачити жителі ОТГ. Вибір стояв між об'єднанням медичних установ ОТГ із центральною амбулаторією та

створенням ЦПМСД. Проблема була в тому, що відповідно до рекомендацій Міністерства охорони здоров'я України центр як форма спроможної медичної мережі відкривається за наявності населення 10 000 і більше (населення Ямницької ОТГ – 8156), додатково у штаті повинно бути 7 і більше лікарів (на момент створення працювало 4 лікарів) [1]. Існувала ціла низка фінансових ризиків рентабельності. Однак відкриття центру давало можливість подальшого розвитку. Оцінивши всі аспекти існуючої мережі ОЗ ОТГ та перспективний план розвитку було прийнято спільне рішення з адміністрацією і радою громади про те, що ЦПМСД буде відкрито з частковою співплатою місцевим бюджетом.

Важливу роль у процесі реєстрації відіграє співпраця з центром місцевого самоврядування, де проводяться постійні консультації з юристом, фінансистом та головою громади. Отже, у співпраці з юристом ОТГ було підготовлено статут майбутньої установи з обов'язковим зазначенням її неприбутковості (ЦПМСД) і зареєстровано КНП «Центр первинної медико-санітарної допомоги» Ямницької сільської ради ОТГ 28.02.2018 року.

Наступним кроком було формування структури і штатного розкладу медичного закладу на прикладі примірної структури і штату ЦПМСД. У нашому випадку штати формувалися за згодою засновника і затверджувалися сесією ради ОТГ. Попередні штати установ не підлягали оптимізації. Додатково до штату Ямницької сільської лікарської амбулаторії було внесено по 0,5 ставки вузьких спеціалістів (кардіолог, невропатолог, акушер-гінеколог, ортопед-травматолог) для розширення можливостей надання медичної допомоги в ОТГ та прийнято рішення про контракти з іншими вузькими спеціалістами (за потреби) на правах аутсорсингу. Фінансові зобов'язання виплати заробітної плати вузьким спеціалістам взяло на себе місцеве самоврядування.

Після того як структура і штати були сформовані, настав час для формування пакета документів для ліцензування закладу. Адже без ліцензії не було законних підстав переведу працівників із ЦРЛ у новостворену установу та укладання угоди з Національною службою здоров'я (НСЗ) України. Під час приписної кампанії лікарі укладали декларації від ЦПМСД, а в дані про ліцензування вводили номер ліцензії Лисецької ЦРЛ. Власний ідентифікаційний код медичного закладу Ямницької ОТГ дав змогу у подальшому зберегти декларації за новоствореною установою.

КНП «Центр ПМСД» Ямницької ОТГ включає адміністративно-управлінський підрозділ, лікувально-профілактичні підрозділи та допоміжний підрозділ. При створенні підприємства в адміністративно-управлінський підрозділ крім головного лікаря включено посади заступника з медичної частини, що дозволить формувати лікарські консультативні комісії, та заступника з господарської частини з чітким розподілом повноважень. Такий підхід дозволяє діяти у правовому полі згідно з новим наказом МОЗ України № 1977 від 31.10.18 року «Про внесення змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я».

У ході реорганізації закладів ОЗ Ямницької ОТГ відбулося переведення усіх працівників амбулаторій і ФАПів з Лисецької ЦРЛ і Єзупільської міської лікарні відповідно до листа ЦПМСД про гарантоване працевлаштування. Кожен працівник написав заяву з проханням на звільнення у зв'язку з переводом в КНП. Комісією у складі головного лікаря КНП, інспектора кадрів КНП, начальника відділу кадрів Лисецької ЦРЛ, заступника головного лікаря Лисецької ЦРЛ було передано усі трудові книжки працівників Ямницької і Павлівської амбулаторій, а з Єзупільської місь-

кої лікарні передано трудові книжки працівників ФАПів. Ті, хто на момент передачі перебував у відпустці, звільнялися останнім днем відпустки і приймалися на роботу в КНП першим днем виходу з відпустки. Працівники, які на момент переведення перебували у відпустках по догляду за дітьми до 3-річного віку, писали згоду на переведення у КНП. Повідомлення у податкову адміністрацію про прийом на роботу працівників подавали у день звільнення з Лисецької ЦРЛ і Єзупільської міської лікарні. Працівником, відповідальним за військовий облік, було подано звіт про взяття на військовий облік працівників.

Вирішальним кроком 2018 року було укладання угоди з НСЗ України. У першу хвилину підписання угод з НСЗУ Ямницький ЦПМСД не потрапив через відсутність ліцензії. Однак це дало можливість і час доукомплектувати медичні установи ОТГ згідно з вимогами НСЗУ. Отже, забезпечено комп'ютеризацію робочих місць медичних працівників згідно з критеріями до комп'ютерної техніки МОЗ. Кожен сімейний лікар забезпечений комп'ютером з доступом до інтернету, принтером, сканером, маршрутизатором, веб-камерою з можливістю скайп-зв'язку з клінічними кафедрами та університетською клінікою для отримання он-лайн консультації. Таким чином була виконана друга обов'язкова умова для підписання договору з НСЗУ. Третя умова – заклад зареєстрований у системі E-HEALTH, тобто всі сімейні лікарі підписували декларації з населенням громади. Наступним важливим кроком була закупівля тест-смужок згідно з наказом МОЗ України № 148 від 26.01.2018 р. «Про затвердження Примірного таблиця матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які надають первинну медичну допомогу». Придбано тест-смужки на: вірусний гепатит В, вірусний гепатит С, тести на вагітність, тести на СНІД, тести на простатоспецифічний антиген, кардіо-тести та два урологічні аналізатори. Проблема цілодобового чергового кабінету було вирішено шляхом укладання угоди з Лисецькою ЦРЛ.

Отже, заява з НСЗУ підписана у другій хвилі та з 1 жовтня 2018 року фінансування Центру відбувається «повному» від НСЗУ з розрахованими коштами за «червоним» і «зеленими» списками. Кошти, отримані від НСЗУ, мають бути витрачені на:

- дооснащення установи згідно з табелем оснащення,
- заробітну плату медичних працівників,
- поточні витрати, окрім капітальних витрат,
- придбання медикаментів для невідкладної допомоги,
- резерв у розмірі 5% на розвиток підприємства.

У рамках співпраці з підприємством ПАТ «Івано-Франківськцемент» Центр ПМСД отримав у подарунок новий автомобіль Renault Duster.

За 2 міс автономного існування КНП коштами з місцевого бюджету проводиться капітальний ремонт Павлівської лікарської амбулаторії ЗПСМ. Заплановано утеплення приміщення Ямницької амбулаторії, здійснюється повна реставрація автомобіля УАЗ.

## ВИСНОВКИ

Створення центрів первинної медичної (медико-санітарної) допомоги у фінансово спроможних об'єднаних територіальних громадах дозволить повною мірою втілити пацієнт-орієнтовану модель із дотриманням принципів надання ПМСД у сільській місцевості. Найоптимальнішим є чіткий розподіл праці між господарською частиною та лікувальною роботою. Перспективним є укладання договорів у рамках міжмуниципального співробітництва та цивільно-правові відносини з лікарями загальної практики-сімейної медицини, які працюють на засадах фізичних осіб-підприємців.

**Центр первичной медико-санитарной помощи как форма организации семейной медицины объединенной территориальной громады**

**Л.В. Глушко, К.С. Симчич, Т.Ю. Гавриш, В.Т. Рудник, М.Н. Островская**

Статья посвящена анализу современного процесса реорганизации учреждений здравоохранения объединенной территориальной громады (ОТГ) и алгоритма создания центра первичной медико-санитарной помощи. Изучены нормативно-правовые основы медицинской реформы и аспекты деятельности системы первичной медицинской помощи ОТГ. Освещены современные подходы к организации пациент-ориентированной модели первичной медицинской помощи и осуществления мероприятий по улучшению медико-технического оснащения и финансового распределения средств. Установлено, что создание центра первичной медико-санитарной помощи в финансово состоятельных громадах позволит в полной мере воплотить пациент-ориентированную модель с соблюдением направлений развития и принципов оказания первичной помощи в сельской местности. Оптимальным является четкое разделение труда между хозяйственной частью и лечебной работой. Перспективным является заключение договоров в рамках межмуниципального сотрудничества и гражданско-правовые отношения с врачами общей практики-семейной медицины, которые работают как физические лица-предприниматели.

**Ключевые слова:** центр первичной медицинской помощи, объединенная территориальная громада, реорганизация, семейная медицина.

**Primary health care center as a form of organization of family medicine of the united territorial community**

**L. V. Glushko, K. S. Simchich, T. Yu. Gavrish, V. T. Mine, M. M. Ostrovskaya**

The article is devoted to the analysis of the modern process of reorganization of healthcare institutions of the united territorial community (OTG) and the algorithm for creating a center of primary medical and sanitary care. The legal framework of medical reform and aspects of the activity of the primary medical care system of the OTG were studied. Modern approaches to the organization of a patient-oriented model of primary care and the implementation of measures to improve medical and technical equipment and the financial distribution of funds are highlighted.

It has been established that the creation of a primary health care center in financially independent communities will make it possible to fully embody a patient-oriented model in compliance with the development directions and principles of primary care in rural areas. The best is a clear division of labor between the economic part and the medical work. Promising is the conclusion of contracts in the framework of inter-municipal cooperation and civil-law relations with general practitioners-family medicine, who work as individual entrepreneurs.

**Key words:** primary care center, united territorial community, reorganization, family medicine.

**Сведения об авторах**

**Глушко Любомир Владимирович** – Кафедра терапии и семейной медицины последипломного образования Ивано-Франковского национального медицинского университета, 76018, г. Ивано-Франковск, ул. Матейки, 22

**Симчич Кристина Семеновна** – Кафедра терапии и семейной медицины последипломного образования Ивано-Франковского национального медицинского университета, 76018, г. Ивано-Франковск, ул. Матейки, 22

**Гавриш Тарас Юрьевич** – Кафедра терапии и семейной медицины последипломного образования Ивано-Франковского национального медицинского университета, 76018, г. Ивано-Франковск, ул. Матейки, 22; тел.: (050) 513-38-10

**Рудник Виктория Тарасовна** – Кафедра терапии и семейной медицины последипломного образования Ивано-Франковского национального медицинского университета, 76018, г. Ивано-Франковск, ул. Матейки, 22

**Островская Марина Николаевна** – Кафедра терапии и семейной медицины последипломного образования Ивано-Франковского национального медицинского университета, 76018, г. Ивано-Франковск, ул. Матейки, 22

*Список литературы находится в редакции*

*Статья поступила в редакцию 21.11.2018*