

*Н. П. Кризина,  
О. О. Заглада,  
В. Г. Слабкий,*

*Державна установа "Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України"*

# ПИТАННЯ ФІНАНСУВАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ УКРАЇНИ: ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ

***У статті наведені приклади різних країн світу та України з питань фінансування первинної медико-санітарної допомоги на принципах сімейної медицини, розроблено моделі фінансування первинної медико-санітарної допомоги при її різних організаційних формах.***

***В статье приведены примеры разных стран мира и Украины по вопросам финансирования первичной медико-санитарной помощи на принципах семейной медицины, разработано и обосновано модели финансирования первичной медико-санитарной помощи при ее различных организационных формах.***

*Ключові слова; фінансування, медична допомога, первинна медико-санітарна допомога.*

*Ключевые слова; финансирование, медицинская помощь, первичная медико-санитарная помощь.*

Первинна медико-санітарна допомога (ПМСД) займає одне із ключових місць у реформуванні охорони здоров'я в цілому, що потребує, передусім, перегляду системи інвестування коштів в її надання [1—3]. Близько 85—90% обсягу медичної допомоги населення отримує у закладах ПМСД, тому її впровадження на засадах сімейної медицини визначено як першочергове завдання для покращення доступності медичної допомоги, підвищення її якості і ступеня організації [4; 5].

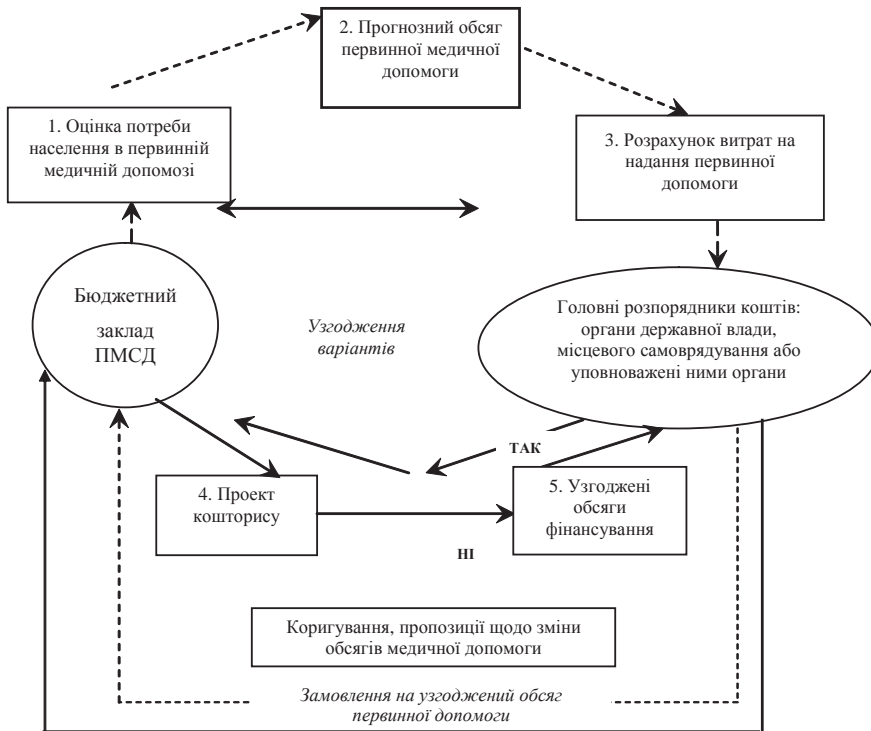
На сьогодні багато уваги приділяється фінансуванню охорони здоров'я — основному елементу взаємовідносин між надавачами ("провайдерми") і споживачами медичних послуг для забезпечення збалансованого фінансування відповідно до потреб населення у медичній допомозі, встановлення фінансових стимулів для надавачів медичних послуг, забезпечення доступності для всього населення до ефективної охорони здоров'я і персональної медичної допомоги тощо. З метою захисту надавачів медичних послуг від можливих фінансових ризиків необхідно уникати одноманітності джерел фінансування, запровадити систему стратегічних закупівель для поліпшення показників діяльності, забезпечити передоплату надання медичних послуг, створити умови для прозорості та гнучкості механізмів фінансування [6; 7].

Одним із шляхів оптимізації фінансування охорони здоров'я вважається запровадження такого перерозподілу частини витрат на надання амбулаторно-полі-

клінічної допомоги, коли лікар загальної практики може взяти на себе роботу, рівну за оплатою 25—30% всіх витрат проти існуючих 6—8%, які виділяються на діяльність амбулаторно-поліклінічної допомоги за участю дільничного лікаря-терапевта або педіатра [8].

Більшість економічно розвинених країн досягли значних успіхів у реорганізації охорони здоров'я і структури її фінансування. При реформуванні охорони здоров'я пріоритети надаються розвитку ПМСД. Матеріали порівняльного аналізу роботи лікарів загальної практики у Фінляндії, Ірландії, Голландії, Іспанії і Великій Британії та інших європейських країнах дають уявлення про особливості систем охорони здоров'я в цих країнах, структуру й організацію роботи лікарів загальної практики/сімейної медицини (ЛЗП/СМ), фінансування їх діяльності, навантаження в роботі, інформаційне забезпечення тощо. Визначено загальні характеристики в організації роботи ЛЗП/СМ: чисельність прикріплених жителів у межах 2000 чоловік, робота переважно групами, усе жорсткіший контроль зростання витрат на медичну допомогу, широке застосування фінансових заохочень і відповідальності лікаря за просування ефективних механізмів зниження витрат [9].

Наприклад, у Великій Британії система охорони здоров'я, яка зорієнтована на ПМСД, виявилась ефективною і популярною у країні в зв'язку з тим, що існує можливість фінансування ПМСД за рахунок податків, забез-



**Рис. 1. Імітаційна модель фінансування бюджетного закладу ПМСД закладів на основі договірних відносин для закупівлі медичних послуг**

печується універсальний доступ до медичних послуг, потенціальна користь від розподілу амбулаторного надання послуг пацієнтам та індивідуального лікування [3]. Основним методом оплати медичних послуг лікарів загальної практики є метод який передбачає фінансування лікарів загальної практики з розрахунку на прикріпленій контингент пацієнтів з урахуванням їх віко-статевої структури, включаючи в норматив фінансування також частину витрат на інші види медичної допомоги.

З економічної точки зору реформування системи охорони здоров'я має здійснюватися шляхом підвищення ролі лікаря первинної ланки, особливо у зв'язку із запровадженням повного чи часткового фондотримання. Це сприяє зростанню інтенсивності використання ресурсів, підвищенню якості надання медичної допомоги і відповідальності лікарів за пацієнта. Вважається, що за таких умов і сценаріїв реформування галузі стануть передбаченими загальний процес оптимізації системи медичної допомоги населенню і характер управління реформами охорони здоров'я [4].

Мета роботи заключається в обґрунтуванні для України моделі фінансування ПМСД в умовах оптимізації діяльності системи охорони здоров'я держави.

Методологічною основою дослідження став системний підхід з використанням сучасних методів дослідження: бібліосемантичний та структурно-логічний для аналізу наукових досліджень з проблеми та метод опрацювання уявної системи шляхом моделювання та логічного узагальнення процесу фінансування первинної медико-санітарної допомоги.

## РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У сучасній науковій літературі в контексті дослідження економічних проблем досить багато уваги приділяється розробці моделей фінансування і оплати праці спеціалістів первинної ланки з урахуванням обсягу і

якості роботи. Для успішного вирішення довгострокових завдань стимулювання процесу реструктуризації охорони здоров'я необхідно запроваджувати оптимальні і раціональні методи оплати медичної допомоги, якими передбачається послідовний перехід від оплати фактичних обсягів медичної допомоги до оплати запланованих обсягів окремих видів медичної допомоги, які визначаються на основі замовлення на надання медичних послуг. При оплаті ПМСД слід здійснити перехід на подушне фінансування, яке має охоплювати формування, розподіл і витрати фінансових ресурсів галузі [5—7]. За таких умов додаткове стимулювання амбулаторно-поліклінічних закладів залежатиме від показників якості лікувально-профілактичної діяльності, що дозволить забезпечити зацікавленість первинної ланки у підвищенні показників здоров'я населення, знизити навантаження на стаціонарні заклади і стимулювати виконання функції координації надання медичної допомоги на всіх етапах. Перехід на подушний норматив фінансування дозволить

змінити економічні умови діяльності органів управління охороною здоров'я, створити передумови для пошуку ефективних варіантів використання наявних ресурсів, а також орієнтації на показники здоров'я населення. Фінансування ПМСД доцільно здійснювати на основі орієнтовних нормативів на одного мешканця з урахуванням поправочних коефіцієнтів залежно від конкретних регіональних умов [8]. Вирішення проблем запровадження ефективної системи фінансування загальної практики/сімейної медицини слід розглядати в контексті зміни підходів та принципів фінансування галузі в цілому на основі подушних нормативів фінансування [9].

В окремих містах України вже започатковано розвиток загальної лікарської практики з частковими фондотриманням на приватних засадах (м. Київ, Комсомольськ Полтавської області) [10].

Фінансове забезпечення ПМСД здійснюється відповідно до положень Бюджетного кодексу України. Основне навантаження з фінансування первинної медичної допомоги покладено на місцеві бюджети, що регламентовано положеннями ст. 88—90 глави 14 Бюджетного кодексу України. Статтями 21 (2) та 51 (7) Бюджетного Кодексу України закріплено порядок фінансування державних і комунальних закладів у статусі бюджетних установ на основі кошторису витрат, а також передбачено отримання бюджетних коштів для виконання загальнодержавних програм чи надання послуг фізичними та юридичними особами, що не мають статусу бюджетної установи, за умови їх надання через головних розпорядників. Це дозволяє отримувати бюджетні кошти закладам охорони здоров'я, які змінили чи планують змінити господарчо-правовий статус з бюджетної установи на державні (комунальні) неприбуткові некомерційні підприємства або отримати можливість займатися приватною медичною практикою.

Нами перехід до фінансування закладів ПМСД за

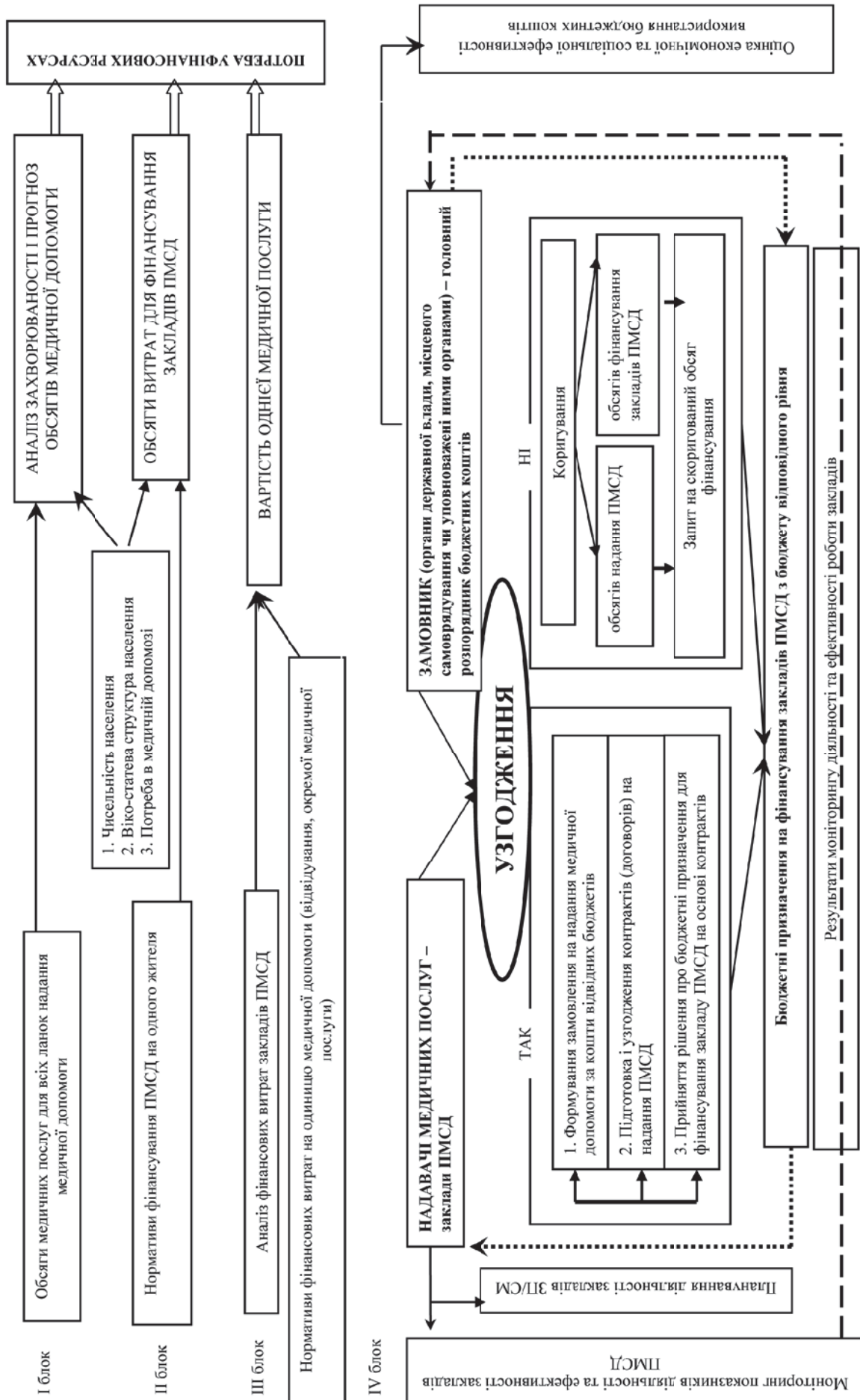


Рис. 2. Імітаційна модель фінансування на основі договірних відносин між замовником і надавачем послуг ПМСД з використанням елементів програмно-цільового методу формування бюджетів

принципом подушної оплати на основі договірних відносин між платником і надавачем послуг подано у вигляді імітаційної моделі фінансування (рис. 1).

Дані щодо оціночних обсягів надання ПМСД та необхідні для їх реалізації фінансові ресурси одночасно надаються замовнику і головному розпоряднику бюджетних коштів для погодження. На підставі результатів аналізу обсягів надання медичної допомоги та їх фінансування укладається контракт із закладом ПМСД про обсяги та умови як надання медичної допомоги населенню, так і відповідного фінансування. Погоджені варіанти є основою для складання медичними закладами ПМСД відповідних проектів кошторисів доходів і витрат.

Для закладів, які змінили господарчо-правовий статус на державні (комунальні) некомерційні неприбуткові підприємства, та сімейних лікарів з приватною практикою складові імітаційної моделі використання бюджетних коштів для надання первинної медичної допомоги населенню майже аналогічні, за винятком позиції щодо підготовки кошторису, який замінюється фінансовим планом.

Імітаційну модель фінансування закладів ПМСД, яка базується на основі контрактних (договірних) відносин з органами державної влади, місцевого самоврядування та окремими елементами програмно-цільового методу планування видатків на рівні місцевих бюджетів, показано на рис. 2.

За допомогою цієї моделі представлено взаємодію між зацікавленими сторонами при використанні контрактних (договірних) відносин для закупівлі медичних послуг первинної ланки з використанням елементів програмно-цільового методу планування бюджетних видатків, насамперед проведення моніторингу показників діяльності таких закладів та їх оцінку щодо ефективного використання бюджетних коштів. Основний обсяг фінансування заклад ПМСД отримуватиме від замовника (органів державної влади, місцевого самоврядування чи уповноваженими ними органа), який одночасно виступатиме і в ролі головного розпорядника коштів.

Імітаційна модель включає в себе 4 блоки, на рівні кожного з яких за допомогою статистичних та аналітичних показників проводиться аналіз діяльності закладу, що в подальшому використовується для прийняття рішень організаційного, управлінського, економічного характеру, спрямованих на ефективне використання фінансових ресурсів для задоволення потреб населення у наданні ПМСД.

Згідно з даними I блоку визначаються прогнозовані обсяги надання первинної медичної допомоги, які ґрунтуються на даних потреби населення у ПМСД, його чисельності та віко-статевої структури з урахуванням обсягів надання медичної допомоги всіма ланками охорони здоров'я в зоні обслуговування закладу ЗЛП/СМ. Тобто на першому етапі, згідно із змістом I блоку, можна визначити попит на медичні послуги прикріпленому населенню в зоні обслуговування закладу ЗЛП/СМ.

Паралельно з цим на рівні закладу ПМСД здійснюється підготовка планів роботи закладу, визначаються показники діяльності та ефективності, які в подальшому використовуються при підготовці проектів контрактів (договорів) на надання первинної допомоги.

На наступному етапі (II блок), враховуючи показники I блоку та відповідні щорічні нормативи фінансування надання ПМСД в розрахунок на одного мешканця, проводяться розрахунки обсягів фінансування цих закладів. Фінансові нормативи формуються відповідно до бюджетного законодавства та з урахуванням можливостей органів влади щодо фінансування необхідного обсягу надання медичних послуг за рахунок надходжень до бюджетів різних рівнів. При формуванні фінансово-нормативу бюджетної забезпеченості надання медичної допомоги згідно з чинним законодавством враховується чисельність населення та споживачів медичних послуг, а також соціально-економічні, демографічні, кліматичні та інші особливості тієї чи іншої адміністративної території. Наприклад, в Польщі при визначенні нормативу фінансування послуг ПМСД використовуються наступні коефіцієнти: для дітей від народження до 7 років — 1,3; осіб віком від 7 до 65 років — 1,0; старших 65 років — 1,7<sup>1</sup>. Таким чином, згідно з даними I і II блоків, формується фактична потреба закладу ПМСД в обсягах надання медичної допомоги населенню та забезпечення їх відповідними фінансовими ресурсами.

Визначення фактичної вартості однієї одиниці надання медичної допомоги на рівні закладу ПМСД, проводяться на основі аналізу фінансових витрат закладу та відповідних фінансових нормативів на одиницю медичної допомоги (відвідування, окремої медичної послуги). Ці дані наведено схематично у III блоці. Дані відображають собівартість медичних послуг на рівні закладу ПМСД, з урахуванням яких формується потреба у фінансових ресурсах. Якщо розглядати дані перших трьох блоків нашої моделі з точки зору програмно-цільового методу планування бюджетних видатків, то за їх допомогою здійснюється визначення обсягу ресурсів та їх оптимальний розподіл, тобто формується бюджет (поточні і капітальні видатків) для забезпечення надання медичної допомоги в зоні обслуговування закладу ПМСД.

За даними, які відображено у перших трьох блоках моделі, визначається як потреба у обсягах надання медичних послуг на рівні закладу ПМСД, так і фінансових ресурсів, проводиться аналіз узагальнених показників, які характеризують попит населення на цей вид медичної допомоги, натуральних та вартісних показників використання матеріальних та фінансових ресурсів на рівні закладу.

У IV блоці представлено схематично процедуру узгодження позицій між закладом ПМСД (надавачем), замовником і розпорядником бюджетних коштів (органами державної влади, місцевого самоврядування чи уповноваженими ними органами) щодо фінансування закладу відповідно до потреб населення в зоні його обслуговування у наданні первинної медичної допомоги.

Якщо фінансові ресурси забезпечують потребу у наданні медичної допомоги для закладу ПМСД, приймається рішення щодо формування замовлення на надання первинної медичної допомоги між керівниками — державним органом влади чи місцевого самоврядування (замовником і розпорядником бюджетних коштів) — і закладом ПМСД (надавачем) за кошти відповідного бюджету, підготовка і укладення контракту (договору) на її надання та враховуються узгоджені обсяги видатків у проекті бюджету на планований фінансовий рік.

За умови, коли обсяги надання медичної допомоги не забезпечуються відповідним фінансуванням з тих чи

<sup>1</sup> За матеріалами Проекту ЄС "Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я в Україні".



інших причин, відбуваються процеси корегування як однією, так і іншою стороною або обсягів надання медичної допомоги, або затрат відповідно до фінансових можливостей даного рівня бюджету, за рахунок коштів якого відбувається фінансування надання медичної допомоги населенню. Після внесення коректив подається запит на обсяг фінансування з подальшим формуванням бюджетних призначень для фінансування закладу ПМСД з боку розпорядника бюджетних коштів.

В свою чергу, на рівні закладу проводиться робота щодо планування його діяльності у відповідності до отриманих фінансових ресурсів, розробляються показники для проведення моніторингу його діяльності та ефективності використання матеріальних, кадрових та фінансових ресурсів. Показниками, за якими має проводитися моніторинг, стають індикаторами, що містять інформацію про результати діяльності закладу та є адекватними, об'єктивними, а також доступними для всіх учасників бюджетного процесу.

На основі даних моніторингу діяльності та ефективності роботи закладу ПМСД, аудиторських фінансових перевірок, замовником здійснюється оцінка економічної та соціальної ефективності використання бюджетних коштів для надання ПМСД для жителів окремої територіально-адміністративної одиниці.

Всесвітня Асамблея охорони здоров'я прийняла спеціальну резолюцію "Про роль контрактних відносин у поліпшенні діяльності систем охорони здоров'я" (2003), де звернулася до держав-членів ВООЗ із закликом забезпечити використання контрактних відносин у цій сфері відповідно до правил та принципів, що відповідають національним політикам охорони здоров'я; формувати таку контрактну політику, що максимально підвищуватиме ефективність охорони здоров'я, сприяти обміну досвідом залучення до контрактних відносин щодо забезпечення медичного обслуговування публічного та приватного сектору і неурядових організацій, що несе за собою повне або часткове ними фондотримання.

Метою фондотримання є стимулювання закладів загальної практики до розширення обсягу допомоги і спектра наданих послуг, забезпечення раціонального та ефективного використання коштів шляхом передачі частки повноважень для закупівлі медичних послуг закладам ПМСД.

Фондотримання на рівні ПМСД передбачає збільшення подушного нормативу фінансування на суму, яка необхідна для оплати обсягу медичних послуг, що включено до переліку фондотримання.

Приймаючи рішення про направлення пацієнта на ПМСД, ЛЗП/СМ сплачує надання цієї послуги. В результаті підвищується зацікавленість лікарів загальної практики/сімейної медицини у збільшенні обсягів і підвищенні якості наданих медичних послуг, у скороченні кількості необгрунтованих направлень на консультації до профільних лікарів вторинного рівня надання медичної допомоги та проведення лабораторно-інструментальних досліджень. З'являється реальна зацікавленість у проведених профілактичних заходів і пропаганді здорового способу життя серед прикріпленого населення, підвищенні рівня кваліфікації та отриманні додаткових навичок.

Якщо лікарі ПМСД працюють у складі поліклініки, необхідно впровадити внутрішню систему взаєморозрахунків між підрозділами, створюючи стимули до розширення послуг лікарями первинної ланки.

Для нейтралізації ймовірних негативних ефектів запровадження фондотримання, можливого зниження ризиків у адмініструванні, технології її реалізації, необхідно дотримуватися етапності та системності поступово розширюючи рівень самостійності суб'єктів фондотримання у прийнятті рішень.

Окремі елементи можливих моделей фондотримання відпрацьовано у м. Комсомольську Полтавської області, де використовується змішана модель фондотримання через сімейних лікарів приватної практики, які зареєстровані як суб'єкти підприємницької діяльності — фізичні особи та отримали відповідну ліцензію МОЗ України. Сімейні лікарі приватної практики виступають в якості часткового фондотримача і одночасно надавача медичних послуг для прикріпленого до них населення.

Орган управління охороною здоров'я міста на основі проведеного тендеру укладає угоду з лікарем, що має ліцензію МОЗ України на приватну практику, на надання ПМСД населенню прикріпленої дільниці, якою визначилися планові статистичні та економічні показники лікувально-профілактичної роботи, терміни їх виконання та передбачалися штрафні санкції за умови невиконання договірних зобов'язань. За умови виконання угоди, на основі акта прийому-передачі виконаних робіт, лікар щомісячно отримує визначені договором кошти в розрахунок на одного мешканця дільниці. Наступним кроком стало укладання угод з керівництвом міської лікарні на обслуговування населення та договору-оренди приміщення амбулаторії і медичного обладнання. Контроль за використанням коштів за фондотриманням лікарями приватної практики досить жорсткий, а фінансові ризики поклалися на фондотримача (орган управління охороною здоров'я міста).

Ми рекомендуємо розпорядникам коштів перелік фондотримання формувати відповідно до медичних стандартів та клінічних протоколів, затверджених наказами МОЗ України при цьому він може визначатися на всю систему охорони здоров'я адміністративної території або для конкретного закладу ПМСД з урахуванням рівня його оснащення, чисельності та віко-статевого складу прикріпленого населення.

При запровадженні моделі фондотримання необхідно враховувати наступні критерії:

— організаційно-правову форму діяльності закладу ПМСД;

— чисельність та віко-статеву характеристику прикріпленого населення до закладу чи дільниці;

— потребу населення в медичній допомозі для визначення переліку фондотримання, аналіз стану здоров'я населення та показників діяльності лікувально-профілактичних закладу/закладів;

— фінансові показники діяльності, структуру фінансових витрат для надання медичної допомоги (загальні обсяги фінансування, структура основних витрат, обсяг залучених власних коштів, витрати на одного мешканця, вартість одного відвідування лікаря загальної практики, вартість одного відвідування до профільного лікаря, одного дня перебування у стаціонарі, у денному стаціонарі, стаціонарі вдома, вартість виклику швидкої медичної допомоги, вартість лабораторно-інструментальних досліджень);

— можливість створення автоматизованого робочого місця ЛЗП/СМ та медсестри.

Рекомендована процедура переходу закладів ПМСД, які розташовані в сільській місцевості, на нові умови

фінансування і управління

Перехід на подушне фінансування закладів ПМСД, які розташовані в сільській місцевості, здійснюється шляхом централізації коштів на районному рівні.

На рівні кожного сільського району створюються Центри ПМСД, як окремі юридичні особи, яким у встановленому чинним законодавством порядку на їх баланс передається майно, включаючи приміщення, що раніше належали дільничним лікарням, районним лікарням, ЦРЛ, ФАПам, необхідне для виконання покладених на них функцій.

Формування штатів новостворених чи реорганізованих закладів ПМСД здійснюється на основі нормативів, затвердженими МОЗ України.

Прикріплення населення до закладів ПМСД здійснюється за списками пацієнтів згідно з існуючими нормативами навантаження для закладу ПМСД, які реєструються у замовника медичних послуг — органа управління охороною здоров'я районної державної адміністрації.

Інформація про чисельність і структуру населення, що прикріплюється до закладу ПМСД, формується керівником закладу ПМСД а дані про загальну чисельність населення адміністративної території — органом статистики.

Кожний громадянин може вибрати ЛЗП/СМ на основі письмової заяви органу управління охороною здоров'я районної державної адміністрації.

Визначення обсягів фінансування закладів ПМСД.

Планування обсягів фінансування сільських закладів ПМСД здійснюється на основі базового нормативу витрат в розрахунку на одного мешканця.

Базовий норматив витрат в розрахунку на одного мешканця встановлюється щорічно на центральному рівні при формуванні державного бюджету країни згідно з чинним бюджетним законодавством.

Річний обсяг фінансування для кожного закладу чи лікаря ПМСД визначається на основі базового нормативу витрат в розрахунку на одного мешканця і чисельності прикріпленого населення відповідно до затверджених списків, які коригуються на коефіцієнти (віко-статевий склад населення).

Міністерство фінансів і Міністерство охорони здоров'я України, управління фінансів і управління охорони здоров'я місцевих адміністрацій (АР Крим, областей, районів, м. Севастополя) розраховують бюджети закладів ПМСД, які розташовані у сільській місцевості і доводять до закладів однією сумою.

Керівники закладів ПМСД, які розташовані у сільській місцевості, самостійно розробляють і затверджують кошторис для бюджетних установ (фінансовий план для закладів, які змінили господарський статус на неприбуткові некомерційні комунальні заклади, ЛЗП/СМ або лікарів з приватною практикою), штатний розпис, які реєструються у встановленому порядку фінансовими органами і органами управління охороною здоров'я.

Розрахунковий бюджет закладів ПМСД повинен покривати їх поточні витрати. Витрати на капітальне будівництво і придбання обладнання для закладів ПМСД передбачаються як додаткові до річного обсягу фінансування згідно з подушовим нормативом.

Порядок фінансування закладів ПМСД.

Фінансування закладів ПМСД, які розташовані у сільській місцевості, здійснюється замовниками послуг первинної медичної допомоги щомісячно однією сумою

(без виділення кодів і функцій) відповідно до затверджених кошторисів для бюджетних установ чи фінансових планів для закладів, які змінили господарський статус на неприбуткові некомерційні комунальні заклади або лікарів з приватною практикою. При виділенні бюджетних коштів для потреб охорони здоров'я місцеві фінансові органи повинні забезпечити першочергове виділення коштів для закладів ПМСД чи/або ЛЗП/СМ. Не пізніше 15 числа кожного місяця одним платежем у повному обсязі.

Кошти, які залишилися на рахунках закладів ПМСД чи/або ЛЗП/СМ на кінець звітного року, використовуються для їх розвитку.

Управління закладами ПМСД, які розташовані у сільській місцевості, і контроль якості наданих ними послуг.

Загальне керівництво медичною, економічною та адміністративною діяльністю закладу ПМСД здійснюється його завідувачем. Завідувач самостійно формує штатний розпис, забезпечує комплектацію його спеціалістами відповідно до штатних нормативів, нормативів навантаження, чисельності прикріпленого населення і обсягів фінансування.

Завідувач призначається на посаду згідно з чинним законодавством.

Допомогу у забезпеченні фінансово-господарської діяльності закладу здійснюють економісти (бухгалтери), які працюють в управлінні охорони здоров'я місцевих адміністрацій (АР Крим, областей, районів, м. Севастополя) або /чи економічний відділ (централізована бухгалтерія) ЦРЛ.

Координація роботи зі своєчасного подання фінансово-бухгалтерської звітності закладів ПМСД покладається на управління охорони здоров'я місцевих адміністрацій (АР Крим, областей, районів, м. Севастополя).

Відповідальність за вирішення завдань надання ПМСД покладається на управління охорони здоров'я місцевих адміністрацій (АР Крим, областей, районів, м. Севастополя).

Рекомендована процедура переходу закладів ПМСД, які розташовані в міській місцевості, на нові умови фінансування і управління.

Перехід на подушне фінансування для закладів ПМСД, які розташовані в міській місцевості, здійснюється шляхом передачі нормативу затрат на одного мешканця до Міністерства охорони здоров'я АР Крим і управлінь охорони здоров'я областей, міст.

Зклади ПМСД, які не є самостійними юридичними особами, виділяються як самостійні юридичні особи зі складу юридичних осіб, до яких вони входять, як Центри/Поліклініки ПМСД.

При проведенні реорганізації і створенні закладів ПМСД у встановленому чинним законодавством порядку на їх баланс передається все майно, включаючи приміщення, що раніше їм належали.

Формування штатів новостворених чи реорганізованих закладів ПМСД здійснюється на основі нормативів, затверджених Міністерством охорони здоров'я.

Прикріплення населення до закладів ПМСД здійснюється за списками пацієнтів згідно з існуючими нормативами навантаження для закладу ПМСД, які реєструються у замовника медичних послуг — органа управління охороною здоров'я державної адміністрації відповідної території, де розташований заклад ПМСД.

Інформація про чисельність і структуру населення, яке прикріплюється до закладу ПМСД, формується керівником закладу ПМСД, а дані про загальну чисельність населення адміністративної території — органом статистики.

Кожний громадянин може вибрати заклад чи лікаря ПМСД на основі письмової заяви органу управління охороною здоров'я державної адміністрації відповідної території, де розташований заклад ПМСД.

Визначення обсягів фінансування закладів ПМСД.

Планування обсягів фінансування міських закладів ПМСД здійснюється на основі базового нормативу витрат в розрахунку на одного мешканця.

Базовий норматив витрат в розрахунку на одного мешканця встановлюється щорічно на центральному рівні при формуванні державного бюджету країни згідно з чинним бюджетним законодавством.

Річний обсяг фінансування для кожного закладу чи лікаря ПМСД визначається на основі базового нормативу витрат в розрахунку на одного мешканця і чисельності прикріпленого населення відповідно до затверджених списків, які коригуються на коефіцієнти (наприклад, склад населення за віком).

Міністерство фінансів і Міністерство охорони здоров'я України, міністерства фінансів і охорони здоров'я АР Крим, управління фінансів і управління охорони здоров'я місцевих адміністрацій (областей, міст, мм. Києва і Севастополя) розраховують бюджети закладів ПМСД і доводять до закладів однією сумою.

Керівники закладів ПМСД самостійно розробляють і затверджують кошторис для бюджетних установ (фінансовий план для закладів, які змінили господарський статус на неприбуткові некомерційні комунальні заклади або лікарів з приватною практикою), штатний розпис, які реєструються у встановленому порядку фінансовими органами і органами управління охороною здоров'я.

Розрахунковий бюджет закладів ПМСД повинен покривати їх поточні витрати.

Витрати на капітальне будівництво і придбання обладнання для закладів ПМСД передбачаються як додаткові до річного обсягу фінансування згідно з подушовим нормативом.

Порядок фінансування закладів ПМСД, які розташовані у міській місцевості.

Фінансування закладів ПМСД здійснюється замовниками послуг первинної медичної допомоги — управліннями охорони здоров'я місцевих адміністрацій (АР Крим, областей, міст, мм. Києва і Севастополя) щомісячно однією сумою (без виділення кодів і функцій) відповідно до затверджених кошторисів для бюджетних установ чи фінансових планів для закладів, які змінили господарський статус на неприбуткові некомерційні комунальні заклади або лікарів з приватною практикою. При виділенні бюджетних коштів для потреб охорони здоров'я місцеві фінансові органи повинні забезпечити першочергове виділення коштів для закладів чи/або лікарів ПМСД. Не пізніше 15 числа кожного місяця одним платежем у повному обсязі.

Кошти, які залишилися на рахунках закладів чи/або лікарів ПМСД на кінець звітного року, використовуються для їх розвитку.

## ВИСНОВКИ

1. Оптимальною системою фінансування ПМСД для України є запровадження подушної оплати з надання ме-

дичних послуг населення, що дозволить стримувати витрати на надання медичної допомоги в цілому для системи охорони здоров'я і стимулюватиме надавачів послуг первинної ланки до виконання функцій з медичного обслуговування пацієнтів у відповідності до їх потреб та раціонального і ефективного використання фінансових ресурсів.

2. Найбільш ефективним методом оплати праці працівників для ПМСД в Україні є змішана модель, яка складається з подушної оплати та стимулюючих надбавок за виконання профілактичної роботи серед населення.

3. Перспективами подальшого розвитку є запровадження подушної оплати з надання медичних послуг населення, що стимулюватиме надавачів послуг первинної ланки до їх потреб населення та раціонального і ефективного використання фінансових ресурсів.

## Література:

1. Семейная медицина — основа реорганизации первичной медико-санитарной помощи населению Российской Федерации / Р.А. Хальфин, И.Н. Денисов, О.В. Андреева [и др.] // Экономика здравоохран. — 2001. — № 3. — С. 64.

2. Асадов Д.А. Реформирование системы здравоохранения Узбекистана / Д.А. Асадов, Б.Д. Дуржанов // Пробл. соц. медицины, здравоохран. и истории медицины. — 2003. — № 5. — С. 54.

3. Первинна медико-санітарна допомога / сімейна медицина: [монографія] В.М. Князевич, З.М. Митник, Г.О. Слабкий та інш. / Міністерство охорони здоров'я України. — К., 2010. — 401 с.

4. The World Health Report 2003 (Thomson Prentice, managing Editor) — Shaping the future. Chapter 7. — WHO. — Geneva, Switzerland, 2003. — P. 123—137.

5. Гагарина В.В. Оценка эффективности оказания первичной медицинской помощи в отделениях общей практики и поликлиниках / В.В. Гагарина // Рос. семейный врач. — 2002. — Т. 6, № 3. — С. 18.

6. Зарубежный опыт реализации различных моделей финансирования здравоохранения (обзор литературы) / Н.Н. Пилипцевич, Ю.Т. Шарабчиев, Т.Н. Москвичева, Н.Е. Хейфец // Вопр. организации и информатизации здравоохран. — 2000. — № 1. — С. 56—57.

7. Highlights on health of Switzerland. — Copenhagen: WHO, Reg. Off. Eur., 2001. — 39 p.

8. Лехан В.М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В.М. Лехан, Г.О. Слабкий, М.В. Шевченко. — Київ, 2009. — 50 с.

9. Лехан В.М. Перспективні шляхи організаційно-економічних перетворень в охороні здоров'я України (за даними імітаційного моделювання) / В.М. Лехан, Л.В. Крячкова, Д.М. Джафарова // Фінансово-економічні засади реформування охорони здоров'я України: нові законодавчі ініціативи: матеріали Всеукр. наук.-практ. конф., 27 лют. 2004 р. — К., 2004. — С. 67—68.

10. Надута Г.М. Порівняння економічної ефективності двох організаційних моделей ПМСД: поліклінічної (традиційної) і ПМСД, що надається приватними лікарями загальної медичної практики (на прикладі м. Комсомольська Полтавської області) / Г.М. Надута, К.О. Надутий, Л.І. Жаліло // Фінансово-економічні засади реформування охорони здоров'я України: нові законодавчі ініціативи: мат. Всеукр. наук.-практ. конф., 27 лют. 2004 р. — К. — С. 175—177.

Стаття надійшла до редакції 14.10.2011 р.