



**Розмежування фінансування первинної та вторинної медичної
допомоги в законодавстві України:
сучасний стан і пропозиції щодо вдосконалення**

Зміст

1. Вступ	2
2. Правові основи розмежування фінансування ПМД та ВМД	4
3. Рекомендації щодо розмежування фінансування ПМД та ВМД та запровадження оплати з розрахунку на одного жителя.....	9
Висновки	10
Додаток 1. Перелік видатків у галузі охорони здоров'я, які здійснюються з бюджетів різних рівнів	12

Лютий 2009

**СПРИЯННЯ РЕФОРМИ ВТОРИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
В УКРАЇНІ**

Project EuropeAid/123236/C/SER/UA

A project implemented by
EPOS Health Consultants
in consortium with NICO/ECORYSThis project is funded
by the European Union

Метою цього робочого документу є аналіз існуючого порядку розподілу бюджетних коштів для фінансування медичної допомоги в Україні, і зокрема наявних обумовлених законодавством можливостей для перерозподілу коштів між первинною медичною допомогою (ПМД) та вторинною медичною допомогою (ВМД).

У процесі підготовки цього робочого документу здійснено аналіз відповідних положень таких нормативно-правових актів України:

- *Бюджетний кодекс України (далі – БК України);*
- *Закон „Про місцеве самоврядування в Україні” (далі – Закон про місцеве самоврядування);*
- *Закон України „Про міжбюджетні відносини між районним бюджетом та бюджетами територіальних громад сіл, селищ, міст та їх об'єднань” від 1 липня 2004 року N 1953-IV*
- *Постанова Кабінету Міністрів України від 05.09. 2001 р. № 1195 „Про затвердження формули розподілу обсягу міжбюджетних трансфертів (дотацій вирівнювання та коштів, що передаються до державного бюджету) між державним бюджетом та місцевими бюджетами” (далі – Постанова № 1195);*
- *Постанова Кабінету Міністрів України від 15 березня 2002 р. N 342 «Про затвердження переліку закладів охорони здоров'я та програм у галузі охорони здоров'я, що забезпечують виконання загальнодержавних функцій, видатки на які здійснюються з державного бюджету*
- *Постанова Кабінету Міністрів України від 31.12.2004 р. № 1782 „Деякі питання врегулювання міжбюджетних відносин” (далі – Постанова № 1782);*
- *Наказ Міністерства фінансів України від 27.12.2001 р. № 604 „Про бюджетну класифікацію та її запровадження” (далі – Наказ № 604).*

1. Вступ

1.1. Згідно з найбільш поширеною та підтримуваною ВООЗ дефініцією, до первинної медичної допомоги (ПМД) належать послуги загальної медичної практики, які надаються населенню в пункті першого контакту з системою охорони здоров'я, як правило, в амбулаторних умовах, і передбачають надання індивідуальної допомоги та профілактичні послуги на рівні громади¹.

В свою чергу, поняття вторинної медичної допомоги (ВМД) охоплює спеціалізовані амбулаторні медичні послуги, та послуги, що надаються лікарнями загального профілю в амбулаторних і стаціонарних умовах за направленням служб ПМД, і не включають високо спеціалізовані та високотехнологічні стаціонарні медичні послуги, які належать до рівня третинної (високо спеціалізованої) медичної допомоги².

Розмежування фінансування послуг ПМД та ВМД є одним з основних механізмів підвищення ефективності та прозорості використання ресурсів системи охорони здоров'я, контролю за витратами на стаціонарну медичну допомогу та сприяння розвитку первинної медико-санітарної допомоги як однієї з головних передумов ефективної реформи системи охорони здоров'я в цілому.

¹ <http://www.euro.who.int/observatory/Glossary/TopPage?phrase=P>

² <http://www.euro.who.int/observatory/Glossary/TopPage?phrase=S>

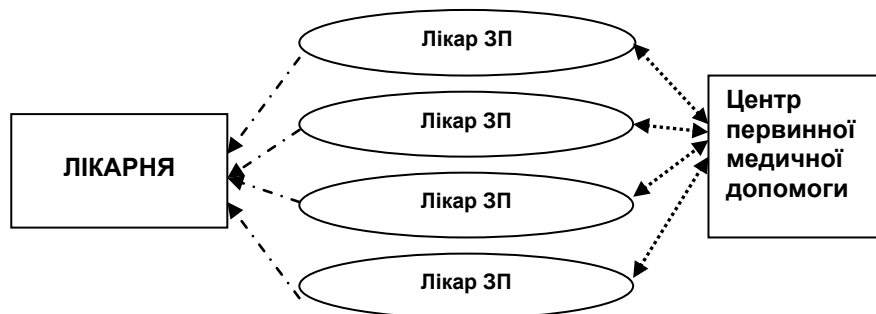
**СПРИЯННЯ РЕФОРМИ ВТОРИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
В УКРАЇНІ**

Project EuropeAid/123236/C/SER/UA

A project implemented by
EPOS Health Consultants
in consortium with NICO/ECORYSThis project is funded
by the European Union

Більшість розвинутих країн, приділяючи значну увагу пошуку балансу між якістю, доступністю та економічною ефективністю медичної допомоги, використовують модель так званої „сепаратної” (відокремленої) лікарні. Ця модель передбачає, що лікарня повинна використовуватися для лікування лише гострих випадків та надання тих видів медичних послуг, що з тих чи інших причин не можуть бути надані лікарями загальної практики та іншими представниками амбулаторного сектору, закладами сестринського догляду тощо. Мотивами до запровадження такої моделі є те, що:

- a) персонал таких лікарень підготовлений до надання спеціалізованих послуг, і самі лікарні мають необхідне для надання таких послуг обладнання;
- b) стаціонарні послуги мають настільки високу вартість, що їх використання має бути обґрунтоване водночас як медичними потребами, так і міркуваннями економічної ефективності.

Схема 1. МОДЕЛЬ „СЕПАРАТНА” ЛІКАРНЯ

В той же час, для України продовжує залишатися типовою модель організації роботи лікарень вторинного рівня, характерна для системи Семашко. В цій моделі лікарня вторинного рівня відіграє роль вузлового пункту інтегрованої системи медичного обслуговування відповідної адміністративної території (в умовах України це, як правило, відповідає рівню району). Керівник такої лікарні водночас забезпечує функцію управління первинною допомогою, здійснюючи контроль за діяльністю розташованих на відповідній території закладів первинної допомоги, а іноді і їх фінансування. В умовах відсутності системи відповідного стримування й противаг, чіткої й прозорої системи направлень між ПМД та ВМД такі лікарні дуже часто перебирають на себе надання в тому числі й ПМД: часто пацієнти напряму звертаються до них, минаючи ланку первинної допомоги. Це значно знижує ефективність роботи лікарень ВМД, які витрачають свої ресурси на надання відносно „простих” медичних послуг, які мають надаватися ПМД. До того ж, це перешкоджає розвитку первинної допомоги, тому що лікарі цієї ланки втрачають свою кваліфікацію, якщо вони поступово втрачають своїх пацієнтів. Але при цьому ПМД має планувати та одержувати ресурси так, якби її пацієнти не зверталися напряму до закладів ВМД. Така ситуація значно знижує загальну ефективність наданням медичних послуг в Україні та призводить до значних проблем у ефективному фінансуванні як ПМД, так і ВМД.

**СПРИЯННЯ РЕФОРМИ ВТОРИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
В УКРАЇНІ**

Project EuropeAid/123236/C/SER/UA

A project implemented by
EPOS Health Consultants
in consortium with NICO/ECORYSThis project is funded
by the European Union

У зв'язку з цим вирішення проблеми розмежування фінансових потоків первинної, вторинної та третинної медичної допомоги визначено одним з основних шляхів реалізації Національного плану розвитку системи охорони здоров'я на період до 2010 року, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 16 червня 2007 р. № 815

1.2. Частка фінансових ресурсів, яку споживає стаціонарна допомога, в різних країнах коливається в межах від 45 до 75 % усіх ресурсів, що виділяються на охорону здоров'я. У світовій практиці не існує універсальних рекомендацій щодо визначення частки фінансових ресурсів, які мають спрямовуватися на фінансування ПМД та ВМД. Ця проблема вирішується індивідуально кожною країною. Рішення про те, яким чином розподіляти публічні фінанси у секторі охорони здоров'я між різними рівнями медичного обслуговування, належить тим органам, які за законом наділені функцією розпорядника цих ресурсів.

При цьому в різних країнах дедалі більше розуміють, що в цілому ряді випадків стаціонарна допомога цілком обґрунтовано може бути замінена більш економічно ефективними, та цілком виправданими з точки зору клінічної ефективності видами медичних послуг. Застосування нових підходів до надання ПМД та ВМД у багатьох країнах ЄС дає можливість значно скорочувати загальну чисельність лікарняних ліжок у публічних лікарнях³ та тривалості строків госпіталізації без погіршення якості лікування (навіть з її підвищенням).

2. Правові основи розмежування фінансування ПМД та ВМД

2.1. Використання принципу *per capita* для розрахунку показника обсягу бюджетних видатків на охорону здоров'я на рівні області та району

Заклади та заходи системи охорони здоров'я фінансуються з різних рівнів бюджетів: Державного бюджету, обласних та районних бюджетів, а також з бюджетів міст, сіл та селищ, відповідно з розподілом повноважень на фінансування видатків між державою та органами місцевого самоврядування. Цей розподіл видатків встановлено статтями 87-91 Бюджетного кодексу України (які розглядаються у Додатку 1 до цього документу). У цих статтях зазначається, що видатки на охорону здоров'я, що фінансуються з бюджетів областей, районів, сіл, селищ, міст районного значення та їх об'єднань „враховуються при визначенні обсягу міжбюджетних трансфертів, які надаються з Державного бюджету”. Посилання на те, що зазначені вище видатки „враховуються при визначенні обсягу міжбюджетних трансфертів” означає, що хоча такі видатки і сплачуються безпосередньо з бюджетів сіл, селищ, міст, районів та областей кошти на їх покриття надаються цим бюджетам з Державного бюджету у вигляді міжбюджетних трансфертів. При цьому, такі міжбюджетні трансферти попадають у бюджети міст, сел. Та селищ не напряму з Державного бюджету, а через бюджети областей та районів, які, в свою чергу, отримують трансферти з Державного бюджету”.

З тексту статей 87-91 Бюджетного кодексу видно, що видатки обласних, районних, міських, сільських та селищних бюджетів на охорону здоров'я в Україні фінансуються шляхом надання міжбюджетних трансфертів з Державного бюджету. І лише порівняно невелика кількість закладів та заходів охорони здоров'я фінансується безпосередньо з Державного бюджету України, а саме ті

³ Під публічними лікарнями тут і далі ми розуміємо державні чи комунальні лікарні, які фінансуються в основному за рахунок бюджетних коштів.

**СПРИЯННЯ РЕФОРМИ ВТОРИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
В УКРАЇНІ**

Project EuropeAid/123236/C/SER/UA

A project implemented by
EPOS Health Consultants
in consortium with NICO/ECORYSThis project is funded
by the European Union

заклади та заходи, які визначаються *Постановою Кабінету Міністрів України від 15 березня 2002 р. N 342*.

Розрахункові показники обсягів видатків за функцією „Охорона здоров'я”, які надаються з Державного бюджету на рівень області (а потім – району), визначаються за спеціальною формулою, що затверджена Кабінетом Міністрів України, у вигляді нормативів бюджетної забезпеченості з розрахунку на 1 жителя тієї чи іншої території, на якій планується надання послуг (*Постанова № 1195*). А розрахункові показники обсягів видатків, які надаються на охорону здоров'я з районного бюджету містам, селам та селищам визначається відповідно Закону України „Про міжбюджетні відносини між районним бюджетом та бюджетами територіальних громад сіл, селищ, міст та їх об'єднань” від 1 липня 2004 року N 1953-IV та Постанови Кабінету Міністрів України від 31.12.2004 р. № 1782 „Деякі питання врегулювання міжбюджетних відносин”.

Розглянемо, спочатку, як формуються трансферти з Державного бюджету України. Згідно з статтею 95 *БК України*, фінансові нормативи бюджетної забезпеченості для місцевих бюджетів коригуються коефіцієнтами, що затверджується Кабінетом Міністрів України і враховують відмінності у вартості надання відповідних послуг залежно від:

- 1) кількості населення та споживачів соціальних послуг;
- 2) соціально-економічних, демографічних, кліматичних, екологічних та інших особливостей.

Зокрема, для розрахунку показника обсягу видатків на охорону здоров'я застосовується коефіцієнт відносної вартості витрат на надання медичних послуг залежно від статевої та вікової структури населення адміністративно-територіальної одиниці, що обчислюється на основі еквівалентних одиниць надання медичної допомоги залежно від віку та статі. Фактичні значення цих показників для різних вікових груп чоловічого та жіночого населення наведені в зазначеній вище Формулі, затвердженій *Постановою № 1195*.

Перед формуванням місцевих бюджетів на кожен наступний фінансовий рік Міністерство фінансів України доводить зазначені показники відповідним місцевим органам виконавчої влади та місцевого самоврядування, до компетенції яких входить розробка проектів та затвердження бюджету Автономної Республіки Крим, обласних бюджетів, бюджетів м. Києва і Севастополя, міст республіканського Автономної Республіки Крим та обласного значення, бюджетів районів.

Таким чином, Міністерство фінансів на макроекономічному рівні визначає суму прогнозних обсягів бюджетних ресурсів для різних рівнів місцевих бюджетів в цілому (іншими словами, Міністерство фінансів формує консолідований бюджет країни у розрізі видатків на охорону здоров'я). Фінансовий норматив бюджетної забезпеченості є єдиним для всіх місцевих бюджетів і дорівнює середнім по країні витратам на одного споживача бюджетної послуги за кожним видом видатків консолідованого бюджету.

Проте, ці розрахункові показники доводяться з центрального рівня на місцевий рівень не кожен окремо, а як розрахунковий показник всього обсягу видатків загального фонду конкретного місцевого бюджету в цілому, який є сумою розрахункових показників для фінансування всіх зазначених вище функцій.

Разом з тим, стаття 61 *Закону про місцеве самоврядування* гарантує самостійність місцевих бюджетів. Це має досягатися на практиці тим, що для місцевих бюджетів на рівні законів

**СПРИЯННЯ РЕФОРМИ ВТОРИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ****В УКРАЇНІ**

Project EuropeAid/123236/C/SER/UA

A project implemented by
EPOS Health Consultants
in consortium with NICO/ECORYSThis project is funded
by the European Union

встановлюються „власні” та „закріплені” на постійній основі джерела доходів, а органи місцевого самоврядування мають право самостійно визначати напрями використання коштів місцевих бюджетів, приймаючи рішення про місцевий бюджет на відповідний календарний рік. Втручання державних органів у процес складання, затвердження та виконання місцевих бюджетів не допускається.

В зв'язку з цим, отримавши з центрального рівня зазначений вище трансферт як суму розрахункових показників для фінансування всіх видів соціальних послуг (включаючи й послуги сектору охорони здоров'я), місцева влада надалі сама вирішує питання розподілу цих коштів за напрямками витрат.

В результаті, при прийнятті місцевих бюджетів реальні заплановані видатки не завжди співпадають з тими розрахунковими нормативами, що визначені Міністерством фінансів – вони можуть відрізнятися від них як у більшу, так і в меншу сторону, оскільки відповідна місцева рада може прийняти рішення, наприклад, про виділення більших коштів на потреби місцевої системи освіти, і зменшення обсягів фінансування місцевої системи охорони здоров'я. Такий стан справ має місце незважаючи на те, що контрольні розрахункові показники обсягів бюджетних видатків в розрізі окремих функцій доводяться Міністерством фінансів до відповідних місцевих органів влади та місцевого самоврядування. Однак, ці контрольні цифри не є обов'язковими для виконання. Протягом бюджетного року області, що при формуванні свого бюджету затвердили видатки (наприклад, на охорону здоров'я) в розмірах, менших від доведених Міністерством фінансів контрольних цифр, намагаються збільшити фінансування, наблизивши його до цих контрольних цифр. Разом з тим, в силу обмежених економічних можливостей, досягти виправлення ситуації вдається далеко не завжди.

Згідно з формулою, затвердженою *Постановою № 1195*, структура розрахунку розподілу видатків на систему охорони здоров'я у вигляді трансфертів на рівні обласного та районного бюджету виглядає таким чином:

- На рівні обласного бюджету повинно залишатися 35,4% від загальної суми міжбюджетного трансферту, що передається на цей рівень з державного бюджету (решта коштів за принципом *per capita*, з урахуванням кількості населення в кожному конкретному районі та місті обласного значення, передається до бюджетів цих районів та міст);
- На рівні районних та міст обласного значення бюджетів повинно залишатися не більш як 55,1% суми трансферту, що передається на цей рівень з обласного бюджету (решта коштів за принципом *per capita*, з урахуванням кількості населення в кожній конкретній адміністративній одиниці, що входить до складу району або міста, передається до бюджетів цих адміністративних одиниць – тобто, до бюджетів міст районного значення, селищних та сільських бюджетів).

Окремі нормативи фінансового забезпечення для ПМД та ВМД на цьому рівні не визначаються.

2.2. Розмежування фінансування ПМД та ВМД на рівні районного бюджету та бюджетів місцевого самоврядування: можливості та реалії

Формування міжбюджетних трансфертів, які надаються з районного бюджету бюджетами територіальних громад сіл, селищ, міст районного значення та їх об'єднань (далі - бюджетам

**СПРИЯННЯ РЕФОРМИ ВТОРИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
В УКРАЇНІ**

Project EuropeAid/123236/C/SER/UA

A project implemented by
EPOS Health Consultants
in consortium with NICO/ECORYSThis project is funded
by the European Union

місцевого самоврядування), а також з міських бюджетів міста обласного значення (та республіканського Автономної Республіки Крим), міста Севастополя та бюджетами адміністративно підпорядкованих йому міст, селищ, сіл, (крім бюджетів місцевого самоврядування) регулюються окремим Законом України „Про міжбюджетні відносини між районним бюджетом та бюджетами територіальних громад сіл, селищ, міст та їх об'єднань” від 1 липня 2004 року N 1953-IV та прийнятою на його виконання Постановою № 1782. Ця Постанова затвердила формулу розподілу обсягу міжбюджетних трансфертів (дотацій вирівнювання та коштів, що передаються до відповідного місцевого бюджету) між районним бюджетом або міським бюджетом м. Севастополя, міста республіканського Автономної Республіки Крим чи обласного значення, якому адміністративно підпорядковані інші міста, села, селища, та бюджетами територіальних громад сіл, селищ, міст та їх об'єднань. За цією формулою розрахунковий показник обсягу видатків бюджету міста районного значення, села, селища чи селища міського типу (далі – бюджету місцевого самоврядування) також визначається на основі фінансових нормативів бюджетної забезпеченості та коригувальних коефіцієнтів до них з розрахунку на одного жителя.

Згідно з цією формулою, частка фінансового нормативу бюджетної забезпеченості видатків на ПМД, що надається самостійними дільничними амбулаторіями, амбулаторіями, фельдшерсько-акушерськими та фельдшерськими пунктами, у фінансовому нормативі бюджетної забезпеченості видатків на охорону здоров'я для бюджету всього району, м. Севастополя, міста республіканського Автономної Республіки Крим чи обласного значення, якому адміністративно підпорядковані інші міста, села, селища, має становити не менш ніж 0,23. **Це означає, що видатки на забезпечення первинної ПМД, яка надається зазначеними вище сільськими медичними закладами, при плануванні районного бюджету мають складати не менш як 23% в структурі фінансового нормативу бюджетної забезпеченості всіх видатків на охорону здоров'я бюджету району.**

Але якщо в містах, селах та селищах немає юридично самостійних відповідних закладів ПМД, то зазначені кошти залишаються у бюджеті району. Таким чином, перегляд юридичного статусу неефективних самостійних амбулаторій та ФАПів, створенням на території району одного постачальника послуг первинної допомоги (наприклад, як районного центру ПМД) дає можливість концентрації фінансових та інших ресурсів на районному рівні без внесення змін до Бюджетного кодексу України.

Як бачимо, зазначений коефіцієнт не враховує видатки на ПМД, що надається ще й іншими постачальниками. Зокрема, не враховано, що ПМД надається також й дільничними лікарями⁴ (або лікарями загальної практики/сімейної медицини – там, де такі є) районних та міських поліклінік, які є структурними підрозділами відповідних лікарень. Також цей коефіцієнт не враховує так звані сільські дільничні лікарні, які юридично вважаються закладами ВДМ, хоча по суті надають населенню не вторинну, а первинну допомогу. Отже, через відсутність чіткого інституційного та функціонального розподілу ПМД та ВМД, цей коефіцієнт не повною мірою відображає фінансові потреби ПМД. Але це перший крок до розмежування видатків на ПМД та ВМД, тому що цей

⁴ Слід взяти до уваги, що в Україні в даний час первинну медичну допомогу, окрім лікарів загальної практики/сімейної медицини надають ще й дільничні лікарі-терапевти й педіатри, які працюють у складі районних та міських поліклінік загального профілю і є лікарями першого контакту. Очевидно, що така специфіка зберігатиметься до тих пір, поки не буде підготовлено достатню кількість лікарів загальної практики і не буде завершено повний перехід до організації ПМД на засадах загальної практики/сімейної медицини.

**СПРИЯННЯ РЕФОРМИ ВТОРИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
В УКРАЇНІ**

Project EuropeAid/123236/C/SER/UA

A project implemented by
EPOS Health Consultants
in consortium with NICO/ECORYSThis project is funded
by the European Union

коефіцієнт відповідно до законодавства має використовуватися як обов'язковий критерій при визначенні частки видатків районних та міських бюджетів на забезпечення послуг ПМД, що надається самостійними дільничними амбулаторіями, амбулаторіями, фельдшерсько-акушерськими та фельдшерськими пунктами.

Зробивши розрахунки по формулі, яка розраховує трансферти до обласного та районного бюджету, а потім по формулі, яка розраховує трансферти для бюджетів міста, села та селища, перерахунок, який можна зробити, спираючись на зазначені вище затверджені Кабінетом Міністрів України формули для визначення розмірів трансфертів, показує, що 23% районного бюджету відповідатимуть лише 9,5% від загальної суми трансферту, що передається з Державного бюджету для фінансування охорони здоров'я на рівень області. Це приблизно в 3 рази менше, ніж на практиці використовується для фінансування ПМД в інших країнах Європи.

Запровадження повного та дійсно ефективного адміністративного й фінансового розмежування ПМД та ВМД у районі на принципах згаданої вище моделі „сепаратної” лікарні вимагає вдосконалення інституційного та функціонального розмежування ПМД та ВМД. Тоді шляхом корегування цього коефіцієнту (а саме його збільшення) можна буде забезпечувати фінансові потреби таких надавачів медичних ПМД, як:

- лікарі первинної ланки (сімейні лікарі, дільничні терапевти), які працюють у поліклінічному відділенні центральної районної лікарні й надають послуги ПМД населенню міської частини району (жителям районного центру);
- сільськими дільничними лікарнями, які, по суті, надають послуги ПМД, і не повинні у майбутньому відноситися до постачальників ВМД.

Необхідними кроками для більш чіткого інституційного та функціонального розмежування надавачів ПМД та ВМД є:

1) розробка та прийняття Міністерством охорони здоров'я класифікатора надавачів медичних послуг з чітким інституційним та функціональним розмежуванням їх за трьома рівнями: первинна, вторинна та третинна медична допомога;

2) на основі прийнятого Міністерством охорони здоров'я класифікатора внесення змін та доповнень до Статутів (положень), на основі яких функціонують надавачі ПМД, ВМД та ТМД з чітким визначенням рівня медичних послуг, які вони надають;

3) на основі прийнятого Міністерством охорони здоров'я класифікатора внесення змін та доповнень до класифікації видатків та кредитування бюджету, затвердженої *наказом Міністерства фінансів України від 27.12.2001 р. № 604.*

Так, код 0720 цієї класифікації („Поліклініки і амбулаторії, швидка та невідкладна допомога”) сьогодні містить наступні підкоди:

- 0721 „Поліклініки загального профілю і амбулаторії”;
- 0722 „Спеціалізовані поліклініки”;
- 0723 „Стоматологічні поліклініки”;
- 0724 „Станції швидкої та невідкладної допомоги”;

**СПРИЯННЯ РЕФОРМИ ВТОРИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
В УКРАЇНІ**

Project EuropeAid/123236/C/SER/UA

A project implemented by
EPOS Health Consultants
in consortium with NICO/ECORYSThis project is funded
by the European Union

- 0725 „Фельдшерсько-акушерські пункти”.

Як бачимо, зазначений вище підкод 0721 не дозволяє чітко розмежувати фінансування первинної та вторинної медичної допомоги у міських та районних поліклініках загального профілю. Наступний код цієї класифікації 0730 „Лікарні та санаторно-курортні заклади містить підкоди фінансування лікарень загального профілю (підкод 0731) та спеціалізованих лікарень (підкод 0732), отже чітко їх розмежовує.

3. Рекомендації щодо розмежування фінансування ПМД та ВМД та запровадження оплати з розрахунку на одного жителя

Чинне законодавство України дозволяє розпочати поступовий перехід до розмежування фінансування ПМД та ВМД і запровадження нових, більш ефективних методів оплати постачальників медичних послуг, зокрема оплати послуг ПМД з розрахунку на одного жителя. Таке розмежування можна проводити незалежно від того, яку модель організації лікарень буде обрано у майбутньому:

- модель „сепаратної” лікарні з незалежними від неї постачальників послуг первинної медичної допомоги (юридичних чи фізичних осіб), що працюватимуть за окремими контрактами з публічним платником, надаючи відповідно послуги вторинної та первинної допомоги;
- модель „універсальної” лікарні, що надаватиме послуги як вторинної, так і первинної допомоги за одним контрактом, в рамках якого окремо буде виділено порядок, умови надання та відшкодування вартості медичних послуг обох цих рівнів, або ж за двома окремими контрактами для кожного з цих видів послуг, які лікарня укладатиме з публічним платником.

Для кожної з цих моделей можна (та потрібно буде) розробляти і реалізовувати різні варіанти договірних відносин між платником та постачальником послуг. У разі, коли постачальником ПМД буде незалежна від лікарні юридична особа (наприклад, районний центр ПМД із статусом окремого комунального підприємства, що складатиметься з підрозділів – лікарських дільниць), можуть укладатися:

- один загальний договір про надання послуг ПМД для населення усіх дільниць, що входять до території, яку обслуговує постачальник ПМД. При цьому договір має передбачати розподіл коштів між дільницями (та лікарями, які їх обслуговують) виходячи із розрахунку вартості обслуговування одного жителя та кількості пацієнтів на кожній дільниці;
- окремі договори про надання послуг ПМД населенню, які укладатимуться між кожним лікарем, який обслуговує відповідні дільниці, віднесені до складу такого центру. При цьому розподіл коштів між надавачами ПМД розподілятиметься аналогічним чином.

Зауважимо, що при запровадженні по всій території України права пацієнтів самим обирати собі „сімейного лікаря”, необхідно буде відмовитися від поділу територій, що обслуговуються, на „дільниці”. У цьому випадку, договори про надання ПМД будуть укладатися із тими лікарями чи юридичними особами – надавачами ПМД, які зможуть набрати відповідну кількість потенційних пацієнтів, що проживають на відповідній адміністративній території та обрали саме цих надавачів

**СПРИЯННЯ РЕФОРМИ ВТОРИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ****В УКРАЇНІ**

Project EuropeAid/123236/C/SER/UA

A project implemented by
EPOS Health Consultants
in consortium with NICO/ECORYSThis project is funded
by the European Union

ПМД. А розрахунок коштів, що надаватимуться таким постачальникам ПМД, здійснюватиметься з врахуванням кількості осіб-пацієнтів, які „підписалися” на обслуговування цими постачальниками ПМД.

Формула розрахунку обсягу фінансування „на одну особу” може включати у себе корегуючі коефіцієнти, які дозволяють врахувати вікову структуру населення, що обслуговуватиметься. Адже різні вікові групи пацієнтів мають різні потреби у ПМД, яка може суттєво відрізнятися у вартості.

При запровадженні таких коефіцієнтів Україна може використати досвід Польщі, яка, в свою чергу, запровадила коефіцієнти, базуючись на досвіді Великобританії. Так, в Польщі при визначенні нормативу для фінансування послуг ПМД, використовуються такі коефіцієнти:

- для дітей від народження до 7 років - коефіцієнт 1,3;
- для осіб віком від 7 до 65 років – коефіцієнт 1;
- для осіб старше 65 років - коефіцієнт 1,7.

Відмітимо, що вибір на користь тієї чи іншої моделі залежить, головним чином, від політичної волі та рішень відповідних місцевих рад.

Висновки

Вирішення проблеми розмежування фінансування на ПМД та ВМД потребує дій як від уряду України у особі Верховної Ради України, Кабінету Міністрів України та Міністерства охорони здоров'я України, так і від місцевих рад.

При цьому, на національному рівні необхідно зробити наступне:

- запровадити на рівні нормативних актів Міністерства охорони здоров'я чітке визначення первинної, вторинної та третинної медичної допомоги, прозорої та дійової системи направлень пацієнтів між цими рівнями медичної допомоги, що відповідали б рекомендаціям ВООЗ та кращим світовим практикам (пропозиції щодо цього, які були розроблені Проектом, додаються);
- внести зміни та доповнення до Бюджетного кодексу України з метою визначення, що при формуванні та затвердженні місцевих бюджетів обсяг видатків на охорону здоров'я має затверджуватися у розмірах, не менших, ніж передбачено відповідними розрахунковими показниками, визначеними Міністерством фінансів України на основі фінансових нормативів бюджетної забезпеченості;
- запровадити чітке інституційне та функціональне розмежування послуг ПМД та ВМД за допомогою розробки та прийняття Міністерством охорони здоров'я класифікатора надавачів медичних послуг з чітким інституційним та функціональним розмежуванням їх за трьома рівнями: первинна, вторинна та третинна медична допомога. На основі цього класифікатора внести зміни та доповнення до Статутів (положень), на базі яких функціонують надавачі ПМД, ВМД та ТМД з чітким визначенням рівня медичних послуг, які вони надають, а також внести відповідні зміни та доповнення до класифікації видатків та кредитування бюджету, затвердженої наказом Міністерства фінансів України;



**СПРИЯННЯ РЕФОРМИ ВТОРИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
В УКРАЇНІ**

Project EuropeAid/123236/C/SER/UA

A project implemented by
EPOS Health Consultants
in consortium with NICO/ECORYS

This project is funded
by the European Union

- вдосконалити формули розрахунку показника обсягу видатків на охорону здоров'я бюджету району з урахуванням інституційного та функціонального розмежування ПМД, ВМД, ТМД.

На місцевому рівні необхідно:

- запровадити систему вільного вибору сімейних лікарів потенційними пацієнтами та розпочати формування списків пацієнтів по кожній дільниці, що обслуговується сімейним лікарем (там, де вони є) чи лікарем загальної практики (поки такі не підвищать кваліфікацію та не отримають статусу сімейного лікаря). На початку такі списки можна формувати, виходячи з даних реєстрації громадян за місцем постійного проживання. Різніше громадяни самі корегуватимуть ці списки, „приписуючись” до інших лікарів за власним бажанням шляхом подання відповідної заяви;
- прийняття рішення відповідною місцевою радою (районною, міською) про розподіл коштів на фінансування первинної та вторинної медичної допомоги і визначення конкретних обсягів фінансування кожного з цих рівнів допомоги у бюджеті на відповідний фінансовий рік;
- визначення нормативу фінансування послуг ПМД з розрахунку на одного жителя та корегуючи коефіцієнтів стандартизації для вікових груп;
- укладення договорів про державну закупівлю послуг ПМД між представниками органів виконавчої влади на місцях (у особі відділів районних адміністрацій, які проводять закупівлю, чи у особі районних поліклінік чи інших призначених юридичних осіб – у відповідності із методами укладення таких договорів, що обрані місцевою радою) та відповідним надавачами ПМД.

**СПРИЯННЯ РЕФОРМИ ВТОРИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
В УКРАЇНІ**

Project EuropeAid/123236/C/SER/UA

A project implemented by
EPOS Health Consultants
in consortium with NICO/ECORYSThis project is funded
by the European Union**Додаток 1. Перелік видатків у галузі охорони здоров'я, які здійснюються з бюджетів різних рівнів**

Відповідно до статей 87-90 Бюджетного кодексу, видатки на охорону здоров'я фінансуються з бюджетів різних рівнів. Так, до видатків, що здійснюються безпосередньо із Державного бюджету України (без передачі трансфертів до інших бюджетів) у галузі охорони здоров'я віднесено⁵:

а) первинну медико-санітарну, амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу (багатопрофільні лікарні та поліклініки, що виконують специфічні загальнодержавні функції, згідно з переліком), затвердженим Кабінетом Міністрів України (Постанова № 342 від 2002 р);

б) спеціалізовану, високо спеціалізовану амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу (клініки науково-дослідних інститутів, спеціалізовані лікарні, центри, лепрозорії, госпіталі для інвалідів Великої Вітчизняної війни, спеціалізовані медико-санітарні частини, спеціалізовані поліклініки, спеціалізовані стоматологічні поліклініки, згідно з переліком, затвердженим Кабінетом Міністрів України (Постанова № 342 від 2002р);

в) санаторно-реабілітаційну допомогу (загальнодержавні санаторії для хворих на туберкульоз, загальнодержавні спеціалізовані санаторії для дітей та підлітків, спеціалізовані санаторії для ветеранів Великої Вітчизняної війни);

г) санітарно-епідеміологічний нагляд (санітарно-епідеміологічні станції, дезінфекційні станції, заходи боротьби з епідеміями);

г) інші програми в галузі охорони здоров'я, що забезпечують виконання загальнодержавних функцій, згідно з переліком, затвердженим Кабінетом Міністрів України (Постанова № 342 від 2002 р);

До видатків, що здійснюються з бюджетів сіл, селищ, міст районного значення та їх об'єднань та враховуються при визначенні обсягу міжбюджетних трансфертів, які надаються з Державного бюджету, віднесено:⁶

„первинну медико-санітарну, амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу (дільничні лікарні, медичні амбулаторії, фельдшерсько-акушерські та фельдшерські пункти); { Пункт 3 частини першої статті 88 із змінами, внесеними згідно із Законами N 2350-IV (2350-15) від 13.01.2005, N 3235-IV (3235-15) від 20.12.2005, N 489-V (489-16) від 19.12.2006, N 107-VI (107-17) від 28.12.2007 - зміну визнано неконституційною згідно з Рішенням Конституційного Суду N 10-рп/2008 (v010p710-08) від 22.05.2008, N 309-VI (309-17) від 03.06.2008 }

Посилання на те, що зазначені вище видатки „враховуються при визначенні обсягу міжбюджетних трансфертів” означає, що хоча такі видатки і сплачуються безпосередньо з бюджетів сіл, селищ та міст, абе кошти на їх покриття надаються цим бюджетам з Державного бюджету у вигляді міжбюджетних трансфертів. При цьому, такі міжбюджетні трансферти попадають у бюджети міст, сел. Та селищ не напряму з Державного бюджету, а через бюджети областей та районів, які, в свою чергу, отримують трансферти з Державного бюджету”.

⁵ Див. пп. 8 статті п. 1 статті 87 БК

⁶ Див. пп. 3 п.1 ст. 88 БК

**СПРИЯННЯ РЕФОРМИ ВТОРИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ****В УКРАЇНІ**

Project EuropeAid/123236/C/SER/UA

A project implemented by
EPOS Health Consultants
in consortium with NICO/ECORYSThis project is funded
by the European Union

До видатків, що здійснюються з районних бюджетів та бюджетів міст республіканського Автономної Республіки Крим і міст обласного значення та враховуються при визначенні обсягу міжбюджетних трансфертів які надаються з Державного бюджету, віднесено⁷:

„ а) первинну медико-санітарну, амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу (лікарні широкого профілю, пологові будинки, станції швидкої та невідкладної медичної допомоги, поліклініки і амбулаторії, загальні стоматологічні поліклініки); { Підпункт "а" пункту 3 частини першої статті 89 із змінами, внесеними згідно із Законом N 2350-IV (2350-15) від 13.01.2005 - дію Закону зупинено на 2006 рік згідно із Законом N 3235-IV (3235-15) від 20.12.2005, дію Закону зупинено на 2007 рік згідно із Законом N 489-V (489-16) від 19.12.2006; із змінами, внесеними згідно із Законами N 107-VI (107-17) від 28.12.2007 - зміну визнано неконституційною згідно з Рішенням Конституційного Суду N 10-рп/2008 (v010p710-08) від 22.05.2008, N 309-VI (309-17) від 03.06.2008 }

б) програми медико-санітарної освіти (міські та районні центри здоров'я і заходи по санітарній освіті);

До видатків, що здійснюються з бюджету Автономної Республіки Крим та обласних бюджетів і враховуються при визначенні обсягу міжбюджетних трансфертів, які надаються з Державного бюджету віднесено:⁸

а) первинну медико-санітарну, амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу (лікарні республіканського Автономної Республіки Крим та обласного значення);

б) спеціалізовану амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу (спеціалізовані лікарні, поліклініки, включаючи стоматологічні, центри, диспансери, госпіталі для інвалідів Великої Вітчизняної війни, будинки дитини, станції переливання крові);

в) санаторно-курортну допомогу (санаторії для хворих на туберкульоз, санаторії для дітей та підлітків, санаторії медичної реабілітації);

г) інші державні програми медичної та санітарної допомоги (медико-соціальні експертні комісії, бюро судмедекспертизи, центри медичної статистики, бази спецмедпостачання, центри здоров'я і заходи санітарної освіти, інші програми і заходи)".

⁷ Див. пп..3 п.1 статті 89 БК

⁸ Див. пп..3 п.1 статті 90 БК