



НАЦІОНАЛЬНА СЛУЖБА ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
(НСЗУ)

просп. Степана Бандери, 19, м. Київ, 04073, тел.: (044) 426-67-77, (044) 290-06-91

E-mail: info@nszu.gov.ua, сайт: www.nszu.gov.ua, код згідно з ЄДРПОУ 42032422

від _____ 20__ р. № _____

На № _____ від _____ 20__ р.

Рахункова палата України

вул. М. Коцюбинського, 7
м. Київ, 01601

E-mail: kr@ac-rada.gov.ua

Національна служба здоров'я України (далі – НСЗУ) на виконання доручення Рахункової Палати від 09.06.2021 № 05-1300 щодо надання інформації про вжиті заходи за результатами розгляду рішення Рахункової Палати від 25.05.2021 № 11-3 «Про розгляд Звіту про результати аудиту ефективності використання коштів державного бюджету, виділених Національній службі здоров'я України на первинну медичну допомогу», повідомляємо наступне.

Щодо рекомендації, яка надана НСЗУ в частині підготовки проєкту програми державних гарантій медичного обслуговування населення, яка буде визначати прозорий та зрозумілий перелік і обсяг медичних послуг (включаючи медичні вироби) та лікарських засобів, що надаються за рахунок коштів державного бюджету, які громадяни можуть отримувати у надавачів первинної медичної допомоги для включення її до законопроекту «Про Державний бюджет України на 2022 рік».

Одним з принципів надання первинної медичної допомоги (далі – ПМД), визначених пунктом 5 Розділу I Порядку надання первинної медичної допомоги, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 19.03.2018 № 504, зареєстрованого у Міністерстві юстиції України 21.03.2018 № 348/31800 (далі – Порядок № 504), є орієнтованість на людину, що передбачає надання послуг з ПМД у спосіб, що враховує індивідуальні потреби осіб, яким ці послуги надаються. Виходячи з індивідуальності потреб кожного пацієнта, порядок надання ПМД не може регулювати кількість гарантованих лабораторних аналізів та діагностичних процедур, які може отримати кожен пацієнт. Чітке визначення кількості процедур призведе до зменшення доступу пацієнтів ПМД до діагностики, зокрема пацієнтів з хронічними захворюваннями та пацієнтів з поліморбідністю. Таким чином, визначати кількість лабораторних аналізів та діагностичних процедур для кожного пацієнта є недоцільним, виходячи з інтересів пацієнтів.

Також, необхідно відмітити, що вимоги викладені у специфікаціях та умовах закупівлі є мінімальними і лише специфікують окремі важливі для програми медичних гарантій умови роботи надавачів за договором з НСЗУ і не є галузевими стандартами у сфері охорони здоров'я.

Згідно з постановою Кабінету Міністрів України від 29.03.2017 № 180 «Про внесення змін та визнання такими, що втратили чинність, деяких постанов Кабінету Міністрів України» з 1 січня 2018 року закупівлі лікарських засобів закладами та



установами охорони здоров'я, що повністю або частково фінансуються з державного та місцевих бюджетів, повинні здійснюватися відповідно до Національного переліку основних лікарських засобів (далі - Нацпереліку). Відтак, перелік лікарських засобів та медичних виробів визначений відповідно до вищенаведеного Нацпереліку згідно з чинним законодавством.

Щодо рекомендації, яка надана НСЗУ в частині підготовки державного гарантованого пакету медичних послуг з надання первинної медичної допомоги, який буде визначати прозорий обсяг такої допомоги та лікарські засоби, право на отримання якого у разі потреби матимуть усі без винятку громадяни України.

Спільна позиція Всесвітньої організації охорони здоров'я та Світового банку щодо результатів впровадження реформи фінансування системи охорони здоров'я у 2016-2019 роках свідчить про наявність такого пакету медичних послуг. Зокрема, в Звіті зазначається, що «Україна розпочала роботу за цією новою системою, запровадивши чіткий позитивний перелік основних послуг ПМД та лікарських засобів, які чітко визначені у договорах з надавачами та ретельно повідомляються населенню. /.../ Перелік послуг в межах гарантованого пакету здебільшого служить уточненням гарантованих послуг, які пацієнти мають отримувати безкоштовно під час відвідування ПМД» (Звіт ВООЗ та Світового Банку за посиланням [WHO-WB-Joint-Report UKR Full-report Web.pdf](#)).

Таким чином, перелік медичних послуг з надання первинної допомоги та перелік лабораторних та інструментальних діагностичних досліджень, що здійснюються у межах цих медичних послуг, визначені у Порядку № 504, визначає чіткий та зрозумілий перелік послуг, гарантований населенню. Відтак специфікації та умови закупівлі є мінімальними і лише уточнюють окремі важливі для програми медичних гарантій умови роботи надавачів за договором з НСЗУ.

Додатково повідомляємо, що перелік медичних виробів, витратних матеріалів та лікарських засобів визначено Національним переліком основних лікарських засобів, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 25.03.2009 № 333 «Деякі питання державного регулювання цін на лікарські засоби і вироби медичного призначення» і не потребує деталізації у специфікаціях та умовах закупівлі.

Щодо рекомендації, яка надана НСЗУ в частині розроблення «дорожньої карти» реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення, зокрема, щодо надання первинної медичної допомоги з метою покращення якості та ефективності надання медичної допомоги та медичних послуг населенню, визначення подальших шляхів розвитку.

Враховуючи завдання, покладені на НСЗУ відповідно до Положення про Національну службу здоров'я України, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017р. № 1101, питання, які стосуються покращення якості надання медичної допомоги населенню, а також визначення подальших шляхів розвитку первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, які передбачені як очікуваний результат виконання цього завдання, не належать до компетенції служби.

Разом з тим, НСЗУ готова як співвиконавець розробити «дорожню карту» реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення, зокрема, щодо надання первинної медичної допомоги, за умови наявності стратегії розвитку первинної медичної допомоги, розробленої МОЗ України та затвердженої у порядку визначеному законодавством.

Щодо рекомендації, яка надана НСЗУ в частині підготовки та подачі на розгляд Міністрові охорони здоров'я України пропозиції щодо внесення змін до Постанови № 391 у частині доповнення вимоги до надавача послуг з медичного обслуговування населення щодо наявності ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики за місцем (місцями) її провадження, а також лікарськими спеціальностями, зазначеними у заяві про отримання ліцензії та в документах, що додавалися до неї (з урахуванням внесених до них змін, поданих ліцензіатом органів ліцензування); в частині включення до вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення забезпечення безперервності надання первинної медичної допомоги повідомляємо наступне.

НСЗУ буде підготовлено та подано на розгляд Міністрові охорони здоров'я України пропозиції щодо внесення змін до Постанови № 391 у частині доповнення вимоги до надавача послуг з медичного обслуговування населення щодо наявності ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики за місцем (місцями) її провадження, а також лікарськими спеціальностями, зазначеними у заяві про отримання ліцензії та в документах, що додавалися до неї (з урахуванням внесених до них змін, поданих ліцензіатом органів ліцензування) виключно за умови запровадження безперебійної роботи (в режимі реального часу, із оновленою інформацією) Ліцензійного реєстру МОЗ України з медичної практики, з яким буде інтегрована ЦБД ЕСОЗ.

Процес відстеження лікарських спеціальностей та місць провадження господарської діяльності з медичної практики в ручному режимі є неможливим, зважаючи на велике адміністративне навантаження на Департамент договірної роботи. Враховуючи те, що відомості про медичні спеціальності та про місця провадження господарської діяльності з медичної практики є інформацією, на основі якої орган ліцензування приймає рішення про видачу ліцензії, то відстеження її актуальності належить до компетенції МОЗ України.

НСЗУ, в свою чергу, як замовник медичних послуг зможе тільки синхронізувати дані, які будуть вноситися до Ліцензійного реєстру МОЗ України з медичної практики.

Щодо внесення змін до Постанови № 391 у частині в частині включення до вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення забезпечення безперервності надання первинної медичної допомоги повідомляємо наступне.

Порядком надання ПМД (Порядок № 504) передбачено такий термін як «безперервність надання ПМД». Втім, жоден нормативно-правовий акт не наводить визначення цього поняття, що нерідко призводить до його некоректного тлумачення в контексті безперервності в часі. З цієї точки зору може здаватися, що первинна медична допомога повинна надаватися «безперервно» у сенсі «постійно», «без будь-яких перерв», «постійно, без проміжків у часі», ніби це якийсь процес, що відбувається «весь час, не припиняючись», або «безупинно».

Таке тлумачення є не зовсім правильним. В контексті медичного обслуговування це слово відображає міру, до якої ряд окремих медичних випадків пацієнти сприймають як послідовні та пов'язані в часі, а також відповідають їхнім потребам та уподобанням в наданні медичної допомоги (відповідно до рекомендацій ВООЗ).

Це поняття слід розглядати у нерозривному зв'язку з поняттям координація медичної допомоги, яке означає проактивний підхід до об'єднання професіоналів в сфері охорони здоров'я та надавачів для того, щоб відповідати потребам пацієнтів та забезпечити надання інтегрованої, пацієнтоорієнтованої допомоги з урахуванням

різних умов . Що це означає для пацієнта? Що в умовах великої кількості надавачів медичної допомоги різних рівнів та спеціалізацій для пацієнта створюються такі умови, за яких діятиме правило: до якого б надавача пацієнт не звернувся по медичну допомогу, така допомога йому буде надана професійно, якісно та скоординовано.

Надавач забезпечує безперервність шляхом:

1) вибудовування і підтримки тривалих стосунків лікар-пацієнт;
2) організаційної безперервності - ефективного надання допомоги конкретному пацієнтові з урахуванням усіх його проблем зі здоров'ям, організовуючи та координуючи діяльність інших служб охорони здоров'я у випадку неможливості надання допомоги особисто або у випадку відсутності лікаря, якого обрав пацієнт (навчання, відпустки тощо);

3) інформаційної безперервності - накопичення інформації про конкретного пацієнта (індивідуальні медичні записи/картки, в т.ч. електронні), а також можливість передачі та отримання такої інформації за потреби (при направленні пацієнта на стаціонарне лікування, консультацію до інших фахівців тощо). Про інформаційну безперервність свідчать медичні записи. Медична карта амбулаторного хворого містить об'єктивні дані про проведені консультації, але це тільки частина історії взаємин лікаря і пацієнта. Частина цих стосунків, які через багато окремих епізодів захворювань і консультацій узагальнюються в суб'єктивному досвіді як лікаря, так і пацієнта, залишається поза медичними записами. Водночас суб'єктивний досвід цих двох сторін має значний вплив на надання медичних рекомендацій та їх виконання, як отже і на результати лікування, відновлення та збереження здоров'я пацієнтів.

Щодо рекомендації, яка надана НСЗУ в частині забезпечення укладення договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій лише з використанням електронної системи охорони здоров'я врахована.

Укладення договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій здійснюється з використанням електронної системи охорони здоров'я (далі – ЕСОЗ).

Рекомендація, яка надана НСЗУ в частині забезпечення контролю за своєчасним внесенням змін до діючих договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій та дотриманням надавачами первинної медичної допомоги терміну інформування НСЗУ про припинення їх дії врахована.

НСЗУ здійснюються відповідні заходи (своєчасне опрацювання пропозицій про внесення змін до договорів, інформування закладів) спрямовані на забезпечення виконання цієї рекомендації Рахункової Палати.

Щодо рекомендації, яка надана НСЗУ стосовно забезпечення здійснення контролю в частині виконання надавачами взятих зобов'язань, передбачених умовами укладених з НСЗУ договорів про обслуговування населення за програмою медичних гарантій.

Інформуємо, що Департаментом моніторингу у 2021 році заплановані та проводяться моніторингові візити (моніторинг) до закладів охорони здоров'я, у тому числі і до закладів, які надають первинну медичну допомогу. В ході моніторингових візитів звертається увага на виконання надавачами медичних послуг взятих на себе зобов'язань. У тому числі здійснення моніторингу щодо запровадження надавачами медичних послуг внутрішнього контролю за виконанням договору про медичне

обслуговування населення за програмою медичних гарантій, відповідно до вимог підпункту 3 пункту 20¹ такого договору.

Крім того, з метою забезпечення здійснення контролю в частині виконання надавачами взятих зобов'язань, передбачених умовами укладених з НСЗУ договорів про обслуговування населення за програмою медичних гарантій НСЗУ розроблено такі організаційно-розпорядчі документи:

- розроблено та затверджено наказом НСЗУ від 06.05.2021 № 204 «Алгоритм дій при здійсненні моніторингових візитів до надавачів медичних послуг»;
- розроблено проект наказу НСЗУ «Щодо питань перерахунку сплачених коштів за звітом про медичні послуги за результатом звірки повноти та достовірності інформації, що внесена у звіт про медичні послуги за договором, з інформацією, що міститься в електронній системі охорони здоров'я», на даний час зазначений документ знаходиться на стадії погодження зацікавленими структурними підрозділами;
- розробляється «Алгоритм аналізу щодо визначення відповідності критеріям повноти та достовірності, даних які містяться в електронній системі охорони здоров'я та включені до звітів про медичні послуги за договорами про медичне обслуговування населення за програмою державних гарантій медичного обслуговування населення»
- розробляється «Методика впровадження ризик-орієнтованого підходу при здійсненні моніторингу»;
- розробляється «Система індикаторів для відбору закладів для проведення моніторингу»;
- розробляється «Алгоритм дій при здійсненні документального моніторингу надавачів медичних послуг та аптечних закладів з якими укладено договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій або про реімбурсацію».

Щодо рекомендації, яка надана НСЗУ в частині забезпечення розміщення на офіційному вебсайті НСЗУ інформації про перелік медичних послуг, у тому числі лабораторних та інструментальних діагностичних досліджень, які пацієнт може отримати безоплатно в рамках програми медичних гарантій.

На офіційному вебсайті НСЗУ у розділі «Вимоги» доступна повна та актуальна інформація щодо переліку медичних послуг, у тому числі лабораторних та інструментальних діагностичних досліджень, які пацієнт може отримати безоплатно в рамках програми медичних гарантій.

Така інформація доступна за посиланнями: <https://nszu.gov.ua/vimogi-pmg-2021/likar-2020> для програми медичних гарантій у 2020 році та <https://nszu.gov.ua/vimogi-pmg-2021> для програми медичних гарантій у 2021 році.

Щодо рекомендації, яка надана НСЗУ в частині забезпечення проведення обґрунтованих розрахунків тарифів на медичні послуги, пов'язані з наданням первинної медичної допомоги, та коригувальних коефіцієнтів і надати їх на розгляд Міністрові охорони здоров'я України.

Реалізація державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги запроваджена з 1 липня 2018 року у порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України. Так, передбачено, що оплата медичних послуг з ПМД здійснюється на основі капітаційної ставки (нормативу на одного громадянина, приписаного до відповідного постачальника допомоги - конкретного лікаря загальної практики - сімейної медицини / лікаря-терапевта / лікаря-педіатра) і в кожному конкретному випадку передбачає

корекцію оплати з урахуванням ризиків, зумовлених статеві-віковою структурою списку пацієнтів конкретного лікаря та характером місцевості, що ускладнює умови, в яких надається допомога.

У 2018 році розмір капітаційної ставки враховував обсяг коштів, що були передбачені у державному бюджеті на відповідні цілі. Відтак, тарифи та коригувальні коефіцієнти для оплати надання медичних послуг, пов'язаних з первинною медичною допомогою, встановлюються Кабінетом Міністрів України шляхом індексації капітаційної ставки попереднього року з урахуванням можливостей державного бюджету, забезпечуючи при цьому збалансованість системи доходів та витрат.

Надалі, базуючись на даних ЕСОЗ та відповідно до Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я, схваленої розпорядженням КМУ від 30 листопада 2016 р. № 1013-р., НСЗУ буде впроваджувати змішаний метод оплати. Основна частина цієї оплати базуватиметься на основі капітаційної ставки і до неї додаватимуться бонусні доплати за досягнення певних, встановлених договором про надання первинної медичної допомоги, результатів.

Саме такий підхід, а не оплата за послугу з первинної медичної допомоги, відповідає Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я, схваленої розпорядженням КМУ від 30 листопада 2016 р. № 1013-р.

Структура оплати надавачів первинної медичної допомоги буде адаптовуватись відповідно до умов та пріоритетів національної політики в сфері охорони здоров'я, враховуючи можливості державного бюджету.

Також, за технічної підтримки ВООЗ НСЗУ найближчим часом вивчатиме міжнародний досвід оплати первинної медичної допомоги.

Рекомендація, яка надана НСЗУ щодо укладення договорів з власниками інформаційних систем та державних інформаційних ресурсів з метою забезпечення взаємодії, врахована та ведеться робота.

Рекомендація, яка надана НСЗУ щодо необхідності внесення змін до технічних вимог електронних медичних інформаційних систем у частині надання можливості надавачам первинної медичної допомоги створювати звіт про обсяг медичних послуг, пов'язаних з первинною медичною допомогою, проводити аналіз інформації, отриманої з відповідних реєстрів, переглядати дати звільнення лікарів (за певний звітний період), інформацію щодо підстав припинення/ тимчасового призупинення дії декларацій та їх деактивації, створювати перелік декларацій, за якими проведено коригування сум оплачених медичних послуг, із зазначенням причин такого коригування у звітному періоді, врахована.

На даний час, відповідно до Порядку функціонування електронної системи охорони здоров'я, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 № 411, ведеться розробка щодо формування звітів про обсяг медичних послуг, пов'язаних з первинною медичною допомогою, в інформаційній системі НСЗУ, яка є сукупністю інформаційних підсистем щодо укладення та виконання договорів, аналізу даних, формування аналітичних та фінансових звітів, обміну інформацією між користувачами, метою функціонування яких є забезпечення виконання покладених на НСЗУ функцій щодо реалізації державної політики у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення.

Щодо рекомендації, яка надана НСЗУ в частині підготовки пропозиції щодо внесення змін до Порядку реалізації програми державних гарантій медичного

обслуговування населення у II-IV кварталах 2021 року, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 15.02.2021 №133 «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у II-IV кварталах 2021 року», в частині визначення в пакеті медичних послуг, що підлягають оплаті в межах реалізації програми медичних гарантій «Первинна медична допомога», напрямів використання коштів державного бюджету, що сплачуються надавачам первинної медичної допомоги, та подати їх на розгляд Міністрові охорони здоров'я України.

По-перше, вимоги до підготовки порядків використання бюджетних коштів, розроблення яких передбачено для окремих бюджетних програм частиною сім статті 20 Бюджетного кодексу України, визначені Методичними рекомендаціями щодо підготовки проектів порядків використання коштів державного бюджету (далі – Рекомендації), затвердженими наказом Міністерства фінансів України 25.11.2010 № 1458 (у редакції наказу Міністерства фінансів України від 28 грудня 2019 року № 585).

Норми, передбачені у вказаних Рекомендаціях стосуються виключно розпорядників бюджетних коштів, які безпосередньо використовують кошти державного бюджету за бюджетними програмами, які затверджуються у Законі України про Державний бюджет України на відповідний бюджетний рік та відповідальними виконавцями яких вони визначені.

Враховуючи це, у жодному з пунктів Рекомендацій не передбачено вимогу щодо зазначення у порядках використання коштів на які саме цілі, у яких обсягах та за якими напрямами використовуються кошти державного бюджету постачальниками товарів, робіт і послуг, з якими зазначені розпорядники бюджетних коштів мають суто господарські відносини та взаємодіють виключно у рамках укладених договорів.

По-друге, ще у Концепції № 1013 зазначено про одне з основних завдань реформування системи фінансування медичної сфери, а саме – принципова зміна характеру відносин між постачальником послуг та їх замовником — розпорядником бюджетних коштів шляхом запровадження нової моделі фінансування системи охорони здоров'я, яка передбачає перехід до оплати діяльності постачальників медичної допомоги на основі конкретних результатів їх роботи.

«На зміну командно-адміністративній моделі відносин між такими суб'єктами має прийти контрактна модель взаємовідносин, в межах якої такі відносини регулюються договорами стратегічної закупівлі медичної допомоги (медичних послуг) з чітко визначеними параметрами фінансування та результату. В межах зазначених договорів розпорядник бюджетних коштів діятиме в інтересах пацієнтів (платників податків) як третя сторона-платник, а заклад охорони здоров'я або індивідуальний лікар приватної практики виступатимуть як постачальники послуг.

Обов'язковою умовою запровадження орієнтованих на результат договорів стратегічної закупівлі медичних послуг, а разом з ними і орієнтованих на результат методів оплати діяльності постачальників є надання останнім достатнього рівня управлінської та фінансової автономії, необхідної для отримання права укласти контракти та гнучко і незалежно від інших сторін організувати свою власну діяльність з досягнення встановлених цими договорами результатів. Запровадження такої моделі взаємовідносин потребує надання державним та комунальним закладам охорони здоров'я управлінської та фінансової автономії.»

По-третє, оскільки взаємодія НСЗУ з підприємством як з надавачем певного виду медичних послуг регулюється виключно Господарським кодексом України, згідно з частиною першою статті 54 зазначеного кодексу на суб'єктів господарювання, які здійснюють некомерційну господарську діяльність, поширюються загальні вимоги

щодо регулювання господарської діяльності з урахуванням особливостей її здійснення різними суб'єктами господарювання, які визначаються цим Кодексом та іншими законодавчими актами.

Крім того, відповідно до статті 62 цього Кодексу підприємство є самостійним суб'єктом господарювання, який проводить свою господарську діяльність відповідно до затвердженого власником або уповноваженим ним органом фінансового плану, згідно з яким отримує доходи і здійснює видатки, визначає обсяг, та спрямування коштів для виконання своїх функцій протягом року відповідно до установчих документів.

Додатково повідомляємо, що визначення у Порядку реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення напрямів використання коштів автономними суб'єктами господарювання є порушенням статті 8 цього Кодексу, оскільки відповідно до частини третьої статті 8 безпосередня участь держави, органів державної влади та органів місцевого самоврядування у господарській діяльності може здійснюватися лише на підставі, в межах повноважень та у спосіб, що визначені Конституцією та законами України. Порядок реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення затверджується постановою Кабінету Міністрів України, не законом.

Також відповідно до статті 6 цього Кодексу, одним із загальних принципів господарської діяльності є заборона незаконного втручання органів державної влади та органів місцевого самоврядування, їх посадових осіб у господарські відносини.

Враховуючи наведене, комунальні некомерційні підприємства можуть використовувати кошти, отримані від НСЗУ, за умови дотримання головної мети договору – надання медичної допомоги в повному обсязі, визначеному порядком надання первинної медичної допомоги та умовами укладеного з НСЗУ договору.

Щодо рекомендації, яка надана НСЗУ в частині підготовки пропозицій з внесення змін до Типової форми договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, затвердженої постановою КМУ від 25.04.2018 №410 у частині доповнення її вимогою щодо надання звіту про доходи та витрати всіма надавачами первинної медичної допомоги та в установленому порядку подати їх на розгляд Міністрові охорони здоров'я України.

Метою збору даних, що містяться у щоквартальному звіті про доходи та витрати І-НС є аналіз реального стану фінансового забезпечення надавачів медичної допомоги, а у зведеному вигляді - всебічна оцінка можливостей бюджетів усіх рівнів та інших джерел у забезпеченні потреби пацієнтів у повній мірі.

Статтею 49 Конституції України визначено, що існуюча мережа державних і комунальних закладів охорони здоров'я не може бути скорочена. Оскільки такі заклади фінансуються переважно за рахунок програми медичних гарантій або бюджетів усіх рівнів, інформація, що міститься у звітах є надто важливою саме для цих підприємств. Результати аналізу даних звітів можуть використовуватися як аргумент для виділення достатнього обсягу коштів за програмою медичних гарантій та з іншими цілями аналізу.

Вимогами до змісту звіту передбачено надання інформації про фінансування з усіх джерел, а також про використання таких ресурсів за джерелами. Для приватних надавачів медичних послуг діяльність за програмою медичних гарантій є лише частиною їх діяльності, яка також фінансується пацієнтами та страховими компаніями. Розголошення цієї інформації не відповідає інтересам підприємства, тож впровадження

відповідної звітності для приватних підприємств створить додатковий бар'єр для їх співпраці з НСЗУ.

Станом на 01.07.2021 року 36,3% надавачів медичних послуг з первинної медичної допомоги є приватними надавачами або фізичними особами-підприємцями. Створення ризиків скорочення такої мережі медичної допомоги може сприяти значному зменшенню доступності та якості надання медичних послуг.

Щодо рекомендації, яка надана НСЗУ в частині здійснення оплати надавачам первинної медичної допомоги з дотриманням вимог частин п'ятої, сьомої статті 8 Закону №2168 та вимог укладених договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій – лише за обсяг наданих пацієнту медичних послуг, а не за кількість декларацій, укладених пацієнтами з лікарем, що надають таку допомогу.

Відповідно до законодавства оплата надавачам первинної медичної допомоги здійснюється за кількість декларацій, укладених пацієнтами з лікарем, що надають таку допомогу. Декларація за своєю суттю є моделлю державного солідарного медичного страхування громадян, тому що передбачає надання медичної допомоги у разі настання хвороби (ризик страхового випадку) якомога більшій кількості пацієнтів (застрахованих осіб) у будь-який час. Таким чином, пацієнт гарантовано отримає медичну допомогу в необхідному йому обсязі без прив'язки до кількості та переліку таких послуг.

Відтак, оплата за надані медичні послуги в рамках надання ПМД призведе до погіршення доступу пацієнтів до отримання ПМД в необхідному для них обсязі, зокрема пацієнтів з хронічними захворюваннями та пацієнтів з поліморбідністю.

Також, з урахуванням положень Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я, схваленої розпорядженням КМУ від 30 листопада 2016 р. № 1013-р., чинним законодавством не передбачено оплату за обсяг медичних послуг наданих пацієнту.

Враховуючи міжнародний досвід, оплата за медичну послугу з первинної медичної допомоги призводить до необґрунтованого використання і без того обмежених ресурсів і створює ризик не забезпечення бюджетної нейтральності.

Щодо рекомендації, яка надана НСЗУ в частині запровадити дієву систему внутрішнього контролю за використанням коштів державного бюджету, виділених НСЗУ на надання первинної медичної допомоги повідомляємо, що усі надавачі медичних послуг надають звіти про наявність чи відсутність інцидентів під час надання медичних послуг.

Окрім того, щодо стану подання та про надану (кількісну) інформацію надавачами медичних послуг, НСЗУ розроблено відповідний дашборд за посиланням: <https://nszu.gov.ua/e-data/dashboard/med-inc-report-apply>. У разі неподання зазначеного звіту, НСЗУ тимчасово зупиняє оплату за договором про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій до моменту подання відповідного звіту.

Щодо рекомендації, яка надана НСЗУ в частині необхідності внесення змін до Методики здійснення верифікації даних у реєстрах центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я, затвердженої наказом НСЗУ від 14.09.2020 № 231 (далі – Методика), у частині визначення періодичності проведення верифікації та оформлення її результатів.

Інформуємо, що Постановою Кабінету Міністрів України від 15.04.2020 № 348 внесено зміни до Порядку функціонування електронної системи охорони здоров'я,

затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 № 411, згідно яких верифікація даних у реєстрах ЦБД ЕСОЗ здійснюється відповідно до методик та рекомендацій, визначених НСЗУ.

На виконання зазначеного положення законодавства НСЗУ розроблено та затверджено відповідні документи, а саме: Методика та Алгоритм отримання та обробки даних з Державного реєстру актів цивільного стану громадян, затверджений наказом НСЗУ від 05.09.2019 № 343, в яких зокрема передбачено, що заходи з верифікації відомостей, які містяться в Реєстрах ЦБД ЕСОЗ, в тому числі з використанням автоматичних моделей, які виконуються в режимі 24/7, здійснюються на постійній основі та з різною періодичністю, яка залежить від типу процесу. Додатково зазначаємо, що в технічних документах з правил роботи автоматичних алгоритмів/моделей та інструментів ручної верифікації передбачено, що ЦБД ЕСОЗ забезпечує фіксацію результатів верифікації у відповідних Реєстрах ЦБД ЕСОЗ, зокрема автоматично фіксується: час, коли вчинена верифікація, тип виду процесу, підстава, тощо.

Отже, дані ЦБД ЕСОЗ є актуальними і достовірними на кожний момент часу до моменту отримання інформації із зовнішніх та внутрішніх джерел та здійснення верифікації даних на їх основі.

А тому, із урахуванням наведеного вище, зазначаємо, що надана рекомендація від Рахункової Палати є неефективною.

Щодо рекомендації, яка надана НСЗУ в частині вирішення питання повернення надавачами первинної медичної допомоги безпідставно отриманих коштів державного бюджету в сумі 15 427,2 тис. грн.

Під час проведення аудиту ефективності використання коштів державного бюджету, виділених на ПМД, контрольною групою Рахункової палати України надано НСЗУ інформацію для перевірки фактів, які могли призвести до надмірної сплати коштів НСЗУ за договорами про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій за 2018, 2019, 2020 роки.

З приводу цього НСЗУ вжиті необхідні заходи реагування та проведено перерахунок щодо повернення відповідних коштів до Державного бюджету України. Так, за результатами вищезазначених перерахунків встановлено, що відносно 998 закладів охорони здоров'я, за період дії договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій щодо надання первинної медичної допомоги укладених в 2018 - 2020 роках було проведено претензійну роботу відповідно до вимог законодавства і Положення про організацію та ведення претензійної та позовної роботи у Національній службі здоров'я України, затвердженого наказом НСЗУ від 28 вересня 2018 року № 113 (зі змінами), та повернуто до Державного бюджету України кошти на загальну суму 17 436 260, 98 грн. (з них за 2018 рік - 46 закладів охорони здоров'я на суму 156 694,94 грн, за 2019 рік – 458 (в т.ч. 1 заклад частково) закладів охорони здоров'я на суму 1 469 869,88 грн, за 2020 рік – 465 (в т.ч. 6 закладів частково) заклади охорони здоров'я на суму 15 808 396,16 грн).

Відповідні заходи претензійно-позовної роботи ведуться і надалі.

Додатково інформуємо про таке.

Стосовно зазначення Рахунковою Палатою у Звіті інформації про відсутність детальних розрахунків до бюджетних запитів за КПКВК 2308020 та КПКВК 2308060 на 2018-2020 та на 2020 роки.

У підпункті 2.4.1 пункту 2.4 «Оцінка стану планування і затвердження видатків на надання первинної медичної допомоги» розділу 2. «Узагальнюючі результати аудиту» Звіту зазначено, що «МОЗ на 2018–2019 роки за КПКВК 2308020 та на 2020 рік за КПКВК 2308060 не забезпечило належного планування коштів державного бюджету для оплати послуг первинної медичної допомоги.

У порушення вимог пункту 1.5 Інструкції № 687 (за відсутності детальних розрахунків до бюджетних запитів) МОЗ включено видатки загального фонду державного бюджету на 2018–2019 роки за КПКВК 2308020 та на 2020 рік за КПКВК 2308060 в сумі 49266602,0 тис. гривень.».

Враховуючи це, у пункті 3 Рішенні рекомендовано МОЗ забезпечити дотримання вимог Інструкції з підготовки бюджетних запитів, затвердженої наказом Міністерства фінансів України від 06.06.2012 № 687 (зареєстровано у Міністерстві юстиції України 26.06.2012 за № 1057/21369) в частині здійснення деталізованих розрахунків обсягу видатків, визначених у бюджетних запитах.

З приводу зазначеного інформуємо, що бюджетний запит на 2018-2020 роки за бюджетною програмою КПКВК 2308020 НСЗУ не формувався у зв'язку з початком її функціонування як розпорядника бюджетних коштів вже після направлення до Мінфіну вказаного бюджетного запиту МОЗ як головним розпорядником бюджетних коштів, до сфери управління якого відноситься НСЗУ.

Стосовно бюджетного запиту на 2020-2022 роки за бюджетною програмою КПКВК 2308060 «Реалізація державних гарантій медичного обслуговування населення» повідомляємо, що вказаний бюджетний запит НСЗУ, який був направлений до МОЗ листом НСЗУ від 16.09.2019 № 18869/8-15-19 та містив детальні розрахунки як обсягу потреби, так і обсягу граничних видатків за усіма пакетами медичних послуг, оплату за надання яких НСЗУ планувала здійснювати протягом 2020-2022 років, а також у розрізі кожного пакету та кожного бюджетного року.

Розрахунки були викладені у додатку 2 до листа у вигляді окремих 31-єї XLS-таблиці, кожна з яких містила детальні обґрунтування розрахунку обсягу видатків за кожним видом медичних послуг чи інших напрямів використання бюджетних коштів, що входять до складу програми медичних гарантій. До переліку цих додатків, у тому числі увійшли також три окремих додатки, які містили розрахунки обсягів видатків, необхідних для здійснення розрахунків за надані послуги з первинної медичної допомоги у межах граничних видатків та повної потреби на кожен бюджетний рік окремо (2020, 2021 та 2022), а також розрахунок середньозваженої капітаційної ставки відповідно до граничних обсягів.

При чому, оскільки зазначені розрахунки на кожен рік здійснювалися із застосуванням 7-ми видів показників, по кожному з яких додатково використовувалася інформація ще по низці складових (від 4 до 7), процес їх формування є достатньо деталізованим.

Крім того, необхідно зазначити, що НСЗУ щорічно у робочому порядку попередньо опрацьовує проекти розрахунків до бюджетних запитів з фахівцями Міністерства фінансів України з метою уникнення їх повернення на доопрацювання після офіційного направлення МОЗ.

Враховуючи це, а також, зважаючи на те, що розрахунки до бюджетного запиту, на думку НСЗУ, деталізуються максимально можливо, що відповідає вимогам, передбаченим у пункті 1.5 Інструкції з підготовки бюджетних запитів, затвердженої

наказом Міністерства фінансів України від 06.06.2012 № 687, НСЗУ підготовлено звернення на МОЗ від 01.07.2021 № 13930/7-06-21, як на головного розпорядника бюджетних коштів, з проханням надати конкретні пропозиції щодо шляхів можливого поглиблення рівня деталізації розрахунків, які стосуються напряму витрат бюджетних коштів, що спрямовуються за програмою медичних гарантій на оплату послуг з первинної медичної допомоги.

У разі отримання від МОЗ відповідних пропозицій з порушеного питання НСЗУ опрацює таку інформацію з метою її подальшого врахування під час формування бюджетних запитів на наступні бюджетні періоди.

Стосовно зазначення у Звіті інформації про неможливість здійснення оцінки ефективності та результативності бюджетних програм, а також ступеня досягнення мети та цілей державної політики у сфері діяльності, формування та/або реалізацію якої забезпечує МОЗ, на підставі результативних показників, які включалися до паспортів бюджетних програм.

У процесі проведення аудиту, зокрема під час опрацювання паспортів бюджетних програм за КПКВК 2308020 та КПКВК 2308060, представниками аудиторської групи було порушено питання, яке стосується результативних показників, що передбачалися у цих паспортах.

Незважаючи на аргументовані заперечення НСЗУ, які були висловлені стосовно позиції Рахункової палати з цього питання як в усному, так і в письмовому вигляді, у підпункті 2.4.1 підрозділу 2.4 «Оцінка стану планування і затвердження видатків на надання первинної медичної допомоги» розділу 2. «Узагальнюючі результати аудиту» Звіту передбачено, що показники, передбачені у паспортах бюджетних програм КПКВК 2308020 на 2018 та на 2019 роки, затверджених спільним наказом МОЗ і Мінфіну від 11.06.2018 № 1101/557 і наказом МОЗ від 04.02.2019 № 289, а також за КПКВК 2308060 на 2020 рік, затвердженому наказом МОЗ від 20.02.2020 № 491, не пов'язані із здійсненням оцінки ефективності вказаних бюджетних програм, не визначають результату їх виконання, ступеня досягнення мети та цілей державної політики у сфері діяльності, формування та/або реалізацію якої забезпечує МОЗ, що є порушенням частини п'ятої статті 20 Бюджетного кодексу та пункту 3 Загальних вимог до визначення результативних показників бюджетних програм, затверджених наказом Міністерства фінансів України від 10.12.2010 № 1536 «Про результативні показники бюджетної програми», зі змінами (zareєстровано у Міністерстві юстиції України 27.12.2010 за № 1353/18648) (далі – Загальні вимоги).

Крім того, про необхідність дотримуватися при формуванні результативних показників паспорта бюджетної програми за КПКВК 2308060 Загальних вимог та визначати показники, які забезпечать оцінку ефективності бюджетної програми за напрямками використання бюджетних коштів, зазначено і у пункті 3 Рішення, яке стосується рекомендацій для МОЗ.

Такий висновок сформовано на підставі того, що результативні показники зазначених вище паспортів передбачали у відповідному бюджетному році показники лише з такого переліку, як: кількість надавачів медичних послуг, що уклали договори із НСЗУ та надають первинну медичну допомогу населенню; кількість лікарів, які надають первинну медичну допомогу населенню у межах укладених договорів; кількість пацієнтів, які отримують медичну допомогу від надавачів медичних послуг; середня кількість пацієнтів на 1 лікаря; середньозважена капітаційна ставка на місяць; частка населення, задоволеного новим рівнем надання первинної медичної допомоги надавачами медичних послуг, що уклали договори з НСЗУ, у загальній кількості

населення, що обслуговуються ними; частка населення, охопленого програмою державних гарантій медичного обслуговування населення для первинної медичної допомоги та середня кількість осіб, які отримали медичну допомогу, що надається надавачами медичних послуг з первинної медичної допомоги на 1 лікаря.

Необхідно зазначити, що вибір таких показників був здійснений виключно з урахуванням визначених у чинному законодавстві на кожен бюджетний період норм та положень з питань, що регулюють надання первинної медичної допомоги та реалізацію бюджетного процесу в Україні.

Так, відповідно до вимог, передбачених у Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2018 рік, затвердженому постановою Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 407 (далі – Порядок на 2018 рік), порядок та механізм здійснення оплати НСЗУ за надані послуги з первинної медичної допомоги визначався договором про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, укладеним з НСЗУ.

Типова форма такого договору, яка була затверджена постановою Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 410 (далі – Типовий договір), передбачала, що НСЗУ оплачує послуги з первинної медичної допомоги відповідно до встановленого тарифу та коригувальних коефіцієнтів на підставі звіту, у якому надавач зазначає кількість пацієнтів, які подали такому надавачеві декларації про вибір лікаря, що надає первинну медичну допомогу, станом на 1 число звітного періоду із зазначенням вікових груп та інших критеріїв, що впливають на застосування коригувальних коефіцієнтів.

Коригувальні коефіцієнти та тарифи на надання медичних послуг, пов'язаних з первинною медичною допомогою, які включають ставку на оплату медичної послуги та ставку на оплату діагностичних послуг, у тому числі лабораторних досліджень, встановлювалися Порядком на 2018 рік.

Тобто, визначити обсяг потреби у видатках, необхідних для здійснення розрахунків за надану первинну медичну допомогу, можна було лише керуючись інформацією, передбаченою у Порядку на 2018 рік та у Типовому договорі.

Саме тому, при формуванні паспорта за КПКВК 2308020 на 2018 рік і були визначені у якості результативних показників ті показники, які затверджувалися на цей бюджетний період зазначеними вище нормативно-правовими актами, та які, на думку НСЗУ, повністю узгоджувалися з вимогами, передбаченими у Загальних вимогах, оскільки були сформульовані чітко та однозначно, були зрозумілими та доступними для сприйняття широкими верствами населення, висвітлювали кількісні характеристики результатів, яких планувалося досягти за відповідний бюджетний період, характеризували рівень виконання завдання щодо запровадження в Україні нового підходу до фінансування медичних послуг (в частині первинної медичної допомоги), були вимірюваними, надавали можливість їх порівняння за окремими бюджетними періодами, мали кількісне вираження в одиницях виміру та відповідали змісту показника.

Крім того, оскільки відповідно до Загальних вимог результативні показники бюджетної програми, зокрема мають визначати рівень досягнення мети бюджетної програми, та з урахуванням того, що метою КПКВК 2308020 «Надання первинної медичної допомоги населенню» було визначено: «Забезпечення населення комплексними та інтегрованими послугами зі всебічної, безперервної і орієнтованої на пацієнта первинної медичної допомоги, спрямованої на задоволення потреб населення у відновленні та збереженні здоров'я, попередження розвитку захворювань, зменшення

потреби у госпіталізації та покращення якості життя», у паспорті зазначеної бюджетної програми доцільно було передбачити результативний показник, який би свідчив про рівень задоволення населення запровадженням у 2018 році новим механізмом надання первинної медичної допомоги.

Враховуючи це, у паспорті за КПКВК 2308020 було передбачено результативний показник: «Частка населення, задоволеного новим рівнем надання первинної медичної допомоги надавачами медичних послуг, що уклали договори з НСЗУ, у загальній кількості населення, що обслуговується ними».

Аналогічний підхід при визначенні результативних показників був застосований і при формуванні паспортів на 2019 та 2020 роки.

Враховуючи те, що у Рішенні передбачено рекомендувати МОЗ при формуванні результативних показників паспорта бюджетної програми за КПКВК 2308060 дотримуватися вимог наказу Мініфіну від 10.12.2010 № 1536 та визначати показники, які забезпечать оцінку ефективності бюджетної програми за напрямками використання бюджетних коштів, у тому числі ефективності надання публічних послуг, НСЗУ у своєму зверненні до МОЗ від 01.07.2021 № 13930/7-06-21 не лише, як до головного розпорядника бюджетних коштів, а і як до головного органу у системі центральних органів виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, порушило питання нагальної необхідності у отриманні відповідних рекомендацій стосовно переліку результативних показників, який доцільно надалі передбачати у паспортах бюджетних програм за напрямком використання бюджетних коштів, що стосується надання первинної медичної допомоги, з метою уникнення у подальшому аналогічних висновків за результатами заходів, що здійснюються Державною аудиторською службою України та Рахунковою палатою України відповідно до своїх повноважень.

Крім того, НСЗУ у своєму листі звернулося з проханням у разі надання пропозицій з порушеного питання одночасно повідомити про джерела отримання інформації, необхідної як для визначення таких показників при складанні паспортів на початку бюджетного періоду, так і під час формування проектів звітів паспортів бюджетних програм з дотриманням термінів, визначених пунктом 14 Правил складання паспортів бюджетних програм та звітів про їх виконання, затверджених наказом Міністерства фінансів України від 29 грудня 2002 року № 1098, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 21 січня 2003 року за № 47/7368 (у редакції наказу Міністерства фінансів України від 14 січня 2008 року № 19, зі змінами).

У разі отримання від МОЗ відповідних пропозицій з порушеного питання НСЗУ опрацює таку інформацію з метою її подальшого врахування під час формування паспортів бюджетних програм на наступні бюджетні періоди.

Т.в.о. Голови

Андрій ВІЛЕНСЬКИЙ