



РАХУНКОВА ПАЛАТА

РІШЕННЯ

від 25 травня 2021 року № 11-3

Київ

Про розгляд Звіту про результати аудиту ефективності використання коштів державного бюджету, виділених Національній службі здоров'я України на первинну медичну допомогу

Відповідно до статті 98 Конституції України, статей 7, 25, 26, 35 і 36 Закону України “Про Рахункову палату” розглянуто Звіт про результати аудиту ефективності використання коштів державного бюджету, виділених Національній службі здоров'я України на первинну медичну допомогу.

За результатами розгляду Рахункова палата

В С Т А Н О В И Л А:

1. Міністерством охорони здоров'я України (далі – МОЗ) як головним розпорядником бюджетних коштів не забезпечено контролю за витрачанням Національною службою здоров'я України (далі – НСЗУ) коштів державного бюджету, виділених на оплату пацієнтам медичних послуг, пов'язаних з наданням первинної медичної допомоги. Як наслідок, у 2018–2020 роках кошти державного бюджету в сумі 38623764,1 тис. грн використовувалися непродуктивно та нерезультативно.

Реформу фінансування системи охорони здоров'я розпочато у 2018 році, перший етап – первинна медична допомога. Відповідно до Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я, схваленої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 № 1013-р, має бути створено та запроваджено нову модель фінансування, яка передбачає чіткі та прозорі гарантії держави щодо обсягу безоплатної медичної допомоги, кращий фінансовий захист громадян у разі хвороби, ефективний і справедливий розподіл публічних коштів та скорочення неформальних платежів, створення стимулів до поліпшення якості надання медичної допомоги населенню.

Підгрунття нової моделі фінансування системи охорони здоров'я – перехід до оплати медичних послуг, що фактично надаються громадянам (принцип “гроші ходять за пацієнтом”, а не “гроші ходять за

інфраструктурою”). Одним з основних завдань реформи є об'єднання функції закупівель медичних послуг, що входять до складу державного гарантованого пакета медичної допомоги, через єдиного національного замовника медичних послуг. Кабінетом Міністрів України у грудні 2017 року прийнято рішення про створення НСЗУ, до завдань якої віднесено виконання функцій замовника медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій і розроблення проєкту програми медичних гарантій.

Водночас через відсутність відповідних організаційних заходів МОЗ протягом 2018–2020 років НСЗУ не підготовлено проєкту програми медичних гарантій для первинної медичної допомоги, яка мала визначати перелік та обсяг медичних послуг (включаючи медичні вироби) та лікарських засобів, повну оплату надання яких держава гарантує за рахунок коштів державного бюджету кожному громадянину України. Порядок розроблення програми державних гарантій медичного обслуговування населення МОЗ затверджено лише 26.07.2019 (набрав чинності з 13.09.2019, тобто через 1 рік і 8 місяців після прийняття рішення про початок реформи фінансування первинної медичної допомоги). Як наслідок, **реалізація державних гарантій медичного обслуговування для первинної медичної допомоги у 2018–2020 роках здійснювалася за відсутності програми державних гарантій медичного обслуговування населення, а громадяни не мали інформації про перелік і обсяг медичних послуг первинної медичної допомоги, оплату надання яких у повному обсязі держава гарантує за рахунок бюджетних коштів.**

У 2018–2020 роках **фінансування послуг первинної медичної допомоги за рахунок коштів державного бюджету здійснювалося НСЗУ шляхом перерахування коштів надавачам такої допомоги – закладам охорони здоров'я комунальної та приватної форм власності та фізичним особам - підприємцям на підставі укладених договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій з використанням капітаційної ставки на одного пацієнта, з яким укладено декларацію про вибір лікаря, що надає первинну медичну допомогу, та наявної в електронній системі охорони здоров'я кількості таких декларацій.**

Згідно з Порядком використання коштів, передбачених у державному бюджеті для надання первинної медичної допомоги населенню, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 28.03.2018 № 283, і Порядком використання коштів, передбачених у державному бюджеті на реалізацію програми державних гарантій медичного обслуговування населення, затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 24.12.2019 № 1086, **кошти державного бюджету мали використовуватися на оплату пацієнтам медичних послуг, пов'язаних з наданням первинної медичної допомоги.**

Відповідно до Основ законодавства України про охорону здоров'я від 19.11.1992 № 2801 медична послуга – це послуга, що надається пацієнту закладом охорони здоров'я або фізичною особою - підприємцем, яка

zareestrovana ta oderzhala v ustanovlenomu zakonom porjadku licenziju na provadzhennja gospodarskoj dijalnosti z medichnoj praktiki, ta oplachuet'sja ii zamovnikom. **Як наслідок, розмір оплати первинної медичної допомоги її надавачам абсолютно не залежав від обсягу наданих пацієнтам медичних послуг і ступеня виконання надавачами первинної медичної допомоги головного завдання – 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.** За статистичними даними МОЗ, показник обстеження контактних на туберкульоз осіб у 2018–2019 роках в Україні становив 1,4–1,6 контакту (за рекомендованого ВООЗ показника 5–6 контактів на 1 випадок захворювання), що зумовлює поширення цього захворювання. Питома вага хворих, у яких злякисні новоутворення виявлено на III, IV стадіях, у 2020 році збільшилася порівняно з 2018 роком і становила на III стадії – 17,7 відс., на IV стадії – 19,9 відс. проти 17,4 і 17,1 відс. у 2018 році. Крім того, за даними Державної служби статистики України, у 2020 році порівняно з 2018 роком збільшився рівень смертності громадян від захворювання на цукровий діабет – на 5,1 відс., від ішемічної хвороби серця – на 5,7 відс., від цереброваскулярної хвороби – на 1,6 відсотка. При цьому відповідно до Порядку надання первинної медичної допомоги, затвердженого наказом МОЗ від 19.03.2018 № 504 і зареєстрованого у Міністерстві юстиції України 21.03.2018 за № 348/31800 (далі – Порядок № 504), пацієнтів з такими хворобами віднесено до груп з підвищеним ризиком розвитку захворювань.

Первинна ланка є ключовим компонентом системи охорони здоров'я для підвищення економічної ефективності. Більшість хвороб може бути пролікована/контрольована саме на рівні первинної медичної допомоги.

Отже, у 2018–2020 роках не забезпечено фінансування первинної медичної допомоги за принципом “гроші ходять за пацієнтом”.

2. МОЗ не забезпечено у 2018–2019 роках належного планування коштів державного бюджету для надання первинної медичної допомоги за КПКВК 2308020 та у 2020 році – за КПКВК 2308060.

У порушення вимог пункту 1.5 Інструкції з підготовки бюджетних запитів, затвердженої наказом Міністерства фінансів України від 06.06.2012 № 687 і зареєстрованої у Міністерстві юстиції України 26.06.2012 за № 1057/21369 (далі – Інструкція № 687), до бюджетних запитів на 2018–2020 роки включено видатки загального фонду державного бюджету на суму 49266602,0 тис. грн за відсутності детальних розрахунків.

Відповідно до паспортів бюджетної програми за КПКВК 2308020 на 2018–2019 роки, затверджених спільним наказом МОЗ і Міністерства фінансів України (далі – Мінфін) від 11.06.2018 № 1101/557 і наказом МОЗ

від 04.02.2019 № 289, ціль державної політики, на досягнення якої спрямовано реалізацію бюджетної програми, – підвищення рівня здоров'я, тривалості життя населення та зниження рівня захворюваності населення; мета бюджетної програми – 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. Згідно з паспортом бюджетної програми на 2020 рік за КПКВК 2308060, затвердженим наказом МОЗ від 20.02.2020 № 491, ціль державної політики, на досягнення якої спрямовано реалізацію бюджетної програми, – швидше одужання людей, що захворіли, мета бюджетної програми – збереження та зміцнення здоров'я населення, збільшення тривалості та покращення якості життя.

Разом з тим включені МОЗ до паспортів бюджетної програми **результативні показники на 2018–2020 роки передбачали лише 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 цих договорів, **кількість пацієнтів**, які отримують медичну допомогу від надавачів медичних послуг; на 2018–2019 роки – **середню кількість пацієнтів на 1 лікаря, середньозважену капітаційну ставку на місяць, частку населення, задоволеного новим рівнем надання первинної медичної допомоги надавачами медичних послуг, що уклали договори з НСЗУ, у загальній кількості населення, що обслуговуються ними, частку населення, охопленого програмою державних гарантій медичного обслуговування населення для первинної медичної допомоги; на 2020 рік – середню кількість осіб, які отримали медичну допомогу, що надається надавачами медичних послуг з первинної медичної допомоги на 1 лікаря.**

Ці показники не пов'язані із здійсненням оцінки ефективності бюджетної програми і не визначають результату її 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 України та пункту 3 Загальних вимог до визначення результативних показників бюджетних програм, затверджених наказом Мінфіну від 10.12.2010 № 1536, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 27.12.2010 за № 1353/18648.

3. МОЗ і НСЗУ у 2018–2020 роках не забезпечили належної організації роботи з визначення тарифів і коригувальних коефіцієнтів на медичні послуги, пов'язані з наданням первинної медичної допомоги.

Внаслідок затвердження МОЗ Методики розрахунків тарифів (наказ від 19.12.2019 № 2559, зареєстрований у Міністерстві юстиції України 21.12.2019 за № 1270/34241) майже через два роки після набрання чинності Законом України від 19.10.2017 № 2168-VIII “Про державні фінансові

гарантії медичного обслуговування населення” (далі – Закон № 2168) **визначення тарифів на медичні послуги, пов’язані з наданням первинної медичної допомоги на 2018–2020 роки, здійснювалося МОЗ і НСЗУ за відсутності затвердженої методики їх розрахунку.**

У МОЗ і НСЗУ немає розрахунків і обґрунтувань до встановлених як капітаційна ставка за обслуговування одного пацієнта протягом календарного року тарифів на медичні послуги, пов’язані з наданням первинної медичної допомоги на 2018–2019 роки, і коригувальних коефіцієнтів, що застосовуються до тарифу на медичне обслуговування пацієнта, що подав декларацію про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу (залежно від вікової групи пацієнта та рівня перевищення оптимального обсягу практики первинної медичної допомоги, встановленого у Порядку № 504, а також спеціального коефіцієнта для медичного обслуговування в гірській місцевості), на 2018–2019 роки.

У 2020 році тариф на медичні послуги, пов’язані з наданням первинної медичної допомоги (встановлений як капітаційна ставка за обслуговування одного пацієнта, що подав декларацію про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу, протягом календарного року), порівняно з таким самим тарифом на 2019 рік (370 грн на рік) збільшився на 230,48 грн та становив 600,48 грн на рік. Цей тариф розраховано із використанням прогнозного обсягу видатків на оплату медичних послуг, пов’язаних з наданням первинної медичної допомоги на 2020 рік (19136906,5 тис. грн), який розділено на прогнозну середньомісячну кількість укладених декларацій, але не більше 150 відс. оптимального обсягу практики первинної медичної допомоги, встановленого у Порядку № 504, (31869,6 тис. одиниць).

На 2020 рік підвищуючі та понижуючі коригувальні коефіцієнти (залежно від вікової групи пацієнта та рівня перевищення оптимального обсягу практики первинної медичної допомоги, встановленого у Порядку № 504) розраховано НСЗУ технічно. Як наслідок, у 2020 році розміри тарифів на медичні послуги, пов’язані з наданням первинної медичної допомоги, з урахуванням коригувального коефіцієнта для пацієнтів різних вікових груп залишилися незмінними порівняно з розмірами таких тарифів з урахуванням коригувального коефіцієнта, що застосовувалися у 2019 році, тобто тарифи визначено формально.

МОЗ не подано до Мінфіну розрахунків і обґрунтувань до таких тарифів і коригувальних коефіцієнтів на 2018–2020 роки, але при цьому проекти постанов Кабінету Міністрів України, якими їх встановлено, погоджено Мінфіном.

У порушення вимог частини третьої статті 10 Закону № 2168 коригувальні коефіцієнти на 2018–2020 роки МОЗ не затверджувалися. Ці коефіцієнти встановлено Кабінетом Міністрів України 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 25.04.2018

№ 407, Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2019 рік, затвердженому постановою Кабінету Міністрів України від 18.12.2018 № 1117 (далі – Порядок № 1117), Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для первинної медичної допомоги на 2020 рік, затвердженому постановою Кабінету Міністрів України від 18.12.2018 № 1117 (із змінами, внесеними згідно з постановою Кабінету Міністрів України від 27.11.2019 № 1119 (далі – Порядок № 1117 зі змінами від 27.11.2019)), Порядку реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році, затвердженому постановою Кабінету Міністрів України від 05.02.2020 № 65 (далі – Порядок № 65).

МОЗ при визначенні у Порядку № 504 оптимального обсягу практики первинної медичної допомоги на одного лікаря загальної практики – сімейного лікаря (1800 осіб), на одного лікаря-терапевта (2000 осіб) та на одного лікаря-педіатра (900 осіб) не підтверджено його обґрунтуваннями та детальними розрахунками. Водночас оптимальний обсяг практики первинної медичної допомоги – це кількість осіб, яким відповідний лікар може забезпечити надання якісної первинної медичної допомоги. При цьому за результатами аналізу фактичної кількості декларацій сорока п'яти надавачів первинної медичної допомоги, укладених пацієнтами з лікарями, які надавали первинну медичну допомогу станом на 01.01.2021, встановлено, що кількість декларацій перевищує визначений у Порядку № 504 оптимальний обсяг практики первинної медичної допомоги на 28,0–87,5 відсотка. Отже, створено ризики надання пацієнтам неякісної первинної медичної допомоги.

4. НСЗУ не забезпечила належним чином виконання повноважень з укладання договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій з надавачами первинної медичної допомоги. Рішення про укладання на 2018–2020 роки договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій в окремих випадках ухвалювалися комісіями з розгляду заяв за відсутності повного пакета документів та за неналежного їх оформлення всупереч вимогам НСЗУ, визначеним в оголошеннях про укладення договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, а також без використання електронної системи охорони здоров'я, що є порушенням пункту 4 Порядку укладання, зміни та припинення договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 № 410. Зміни до діючих договорів вносилися несвоєчасно.

Ціну договору на 2018 рік і загальну орієнтовну ціну договорів на 2019–2020 роки для закладів охорони здоров'я комунальної форми власності встановлено залежно від кількості декларацій, які укладуть громадяни з лікарями, що надають первинну медичну допомогу, для

закладів охорони здоров'я приватної форми власності і фізичних осіб - підприємців – від визначеного оптимального обсягу практики первинної медичної допомоги (кількість осіб на одного лікаря, що надає первинну медичну допомогу), що не узгоджується з пунктом 28 договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій на 2018 рік та пунктом 33 договорів на 2019–2020 роки, якими передбачено, що ціна договору визначається на підставі вартості медичних послуг. Порядки № 1117 і № 65 не визначають передбаченого умовами договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій механізму розрахунку запланованої вартості медичних послуг.

5. НСЗУ у 2018–2020 роках не забезпечено належного контролю за виконанням надавачами первинної медичної допомоги умов укладених договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій щодо первинної медичної допомоги. Шістнадцять надавачів первинної медичної допомоги надавали її з порушенням вимог частини другої статті 15 Закону України від 02.03.2015 № 222 “Про ліцензування видів господарської діяльності”, пункту 9 і підпункту 4 пункту 13 Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики, затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 02.03.2016 № 285, у частині лікарських спеціальностей та місць провадження господарської діяльності з медичної практики, які не зазначено в документах, що додавалися МОЗ до заяви для отримання відповідної ліцензії, та повідомленнях про зміни до них. Ці порушення містять ознаки кримінальних правопорушень і потребують оцінки правоохоронних органів. У результаті 42001,5 тис. грн з державного бюджету використано НСЗУ з порушенням пункту 9 договорів, укладених на 2018 рік, та пункту 11 договорів, укладених на 2019–2020 роки. Тридцять три надавачі, охоплені аудитом, не забезпечені необхідним обладнанням, устаткуванням і засобами для надання первинної медичної допомоги відповідно до Примірного табеля матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які надають первинну медичну допомогу, затвердженого наказом МОЗ від 26.01.2018 № 148 (далі – Примірний табель № 148).

МОЗ передбачило в Порядку № 504, що первинна медична допомога пацієнтам надається безперервно, але не визначило механізму реалізації цієї вимоги. Створення надавачем первинної медичної допомоги чергових кабінетів для обслуговування населення поза годинами прийому пацієнтів лікарями, а також для надання такої допомоги у вихідні, святкові та неробочі дні має рекомендаційний характер. Критерій щодо безперервності надання первинної медичної допомоги не включено до вимог до надавачів такої допомоги, затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 28.03.2018 № 391 (далі – Постанова № 391). НСЗУ, до функцій якої віднесено вдосконалення законодавства з питань, що належать

до її компетенції, пропозицій щодо внесення змін до Постанови № 391 не подавала.

У порушення частини другої статті 12 Закону № 2168 МОЗ не забезпечено контролю якості надання медичних послуг надавачами первинної медичної допомоги і проведення систематичного аналізу результатів та ефективності таких послуг. Через введення заборони на проведення перевірок, у 2018 році перевірки не здійснювалися, а у 2019–2020 роках проведено лише 6 перевірок із 26 запланованих.

НСЗУ та надавачами первинної медичної допомоги не забезпечено ефективної співпраці щодо належного виконання умов договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, підвищення якості та доступності медичного обслуговування пацієнтів. Вимоги до вироблення програми контролю за якістю медичного обслуговування визначено лише в умовах договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій на 2020 рік. Водночас НСЗУ та надавачами первинної медичної допомоги таку програму не вироблено. При цьому щороку збільшується кількість скарг пацієнтів на неналежну організацію надавачами первинної медичної допомоги медичного обслуговування. За 11 місяців 2020 року таких скарг надійшло 367 проти 5 у 2018 році.

6. НСЗУ у 2018–2020 роках не забезпечено виконання завдань, визначених у Положенні про Національну службу здоров'я України, затвердженому постановою Кабінету Міністрів України від 27.12.2017 № 1101 (далі – Положення № 1101), щодо належного функціонування електронної системи охорони здоров'я. Центральна база даних електронної системи охорони здоров'я несумісна та не має електронної взаємодії з іншими інформаційними системами та державними інформаційними ресурсами, визначеними у Порядку функціонування електронної системи охорони здоров'я, затвердженому постановою Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 № 411, за винятком Єдиного державного реєстру юридичних осіб, фізичних осіб - підприємців та громадських формувань та Державного реєстру актів цивільного стану громадян (з 01.10.2020) у частині реєстрації народження. Отже, відомості, що містяться у реєстрах центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я, неповні та недостовірні. МОЗ розроблено порядки ведення лише трьох реєстрів із дев'яти, включених до центральної бази даних.

Електронні медичні інформаційні системи, що є також складовою електронної системи охорони здоров'я, підключено Державним підприємством “Електронне здоров'я” до центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я без проведення тестувань на відповідність технічним вимогам, встановленим НСЗУ. Інформація про кількість декларацій і розміщені в електронних медичних інформаційних системах користувачів/надавачів первинної медичної допомоги дані про медичних працівників, які перебувають у трудових відносинах,

не відповідає інформації центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я.

Технічні можливості електронних медичних інформаційних систем унеможливають формування надавачами первинної медичної допомоги звітів про обсяг медичних послуг, пов'язаних з первинною медичною допомогою, **перевірку проведених НСЗУ коригувань обсягу сплачених їм коштів державного бюджету**, створення переліків декларацій, за якими НСЗУ проведено коригування оплачених їм сум, та встановлення причин такого коригування, перегляд інформації про підстави припинення/тимчасового призупинення дії декларацій та їх деактивації.

7. НСЗУ всупереч Положенню № 1101 не здійснено заходів щодо забезпечення ефективного використання коштів державного бюджету і організації у 2018–2020 роках належного функціонування системи внутрішнього контролю за їх використанням.

Рівень матеріально-технічного оснащення надавачів первинної медичної допомоги частково відповідав потребі, визначеній у Примірному таблиці № 148. Разом з тим кошти, отримані від НСЗУ, надавачі первинної медичної допомоги переважно спрямовували на виплату заробітної плати. Питома вага таких видатків у загальному їх обсязі становила у 2018 році – 89,2 відс., у 2019 році – від 69 до 100 відс., у 2020 році – від 71,4 до 93,9 відсотка. Так, серед закладів охорони здоров'я комунальної форми власності, охоплених аудитом, розмір середньої заробітної плати лікарів, які надають первинну медичну допомогу, збільшився порівняно з 2017 роком і коливався у 2018 році – від 4,5 до 20,7 тис. грн, у 2019 році – від 5,4 до 22,1 тис. грн, у 2020 році – від 6,5 до 25,8 тис. гривень.

Надавачами первинної медичної допомоги за рахунок коштів, отриманих від НСЗУ, сплачувалися штрафи, закуповувалося обладнання, не передбачене Примірним таблицем № 148 для оснащення закладів первинної медичної допомоги, а також легкові автомобілі (Toyota Corolla, Volkswagen Polo sedan, Renault Dokker Authentique, Nissan X-Trail) та мобільні телефони (Nokia 2.3.2/32 Charcoal, Nokia 2.3.2/32 Green). Загалом на це використано 4407,7 тис. гривень.

НСЗУ у 2018–2020 роках не організовано на належному рівні проведення верифікації даних, що містяться в реєстрах центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я, для забезпечення точності та достовірності цієї інформації. Верифікацію НСЗУ розпочато лише у жовтні 2019 року і проведено за трьома критеріями: припинення трудових відносин з лікарем, який надає первинну медичну допомогу, або смерть лікаря; смерть пацієнта, який уклав декларацію з лікарем; подання пацієнтом (його законним представником) або надавачем звернень щодо необхідності внесення змін до реєстрів центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я. За результатами верифікації НСЗУ встановлено зайву сплату коштів державного бюджету надавачам первинної медичної допомоги у 2018–2019 роках у загальній сумі 36803,9 тис. гривень. Верифікацію даних,

внесених до центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я, у 2020 році НСЗУ не проведено.

Аудит засвідчив випадки оплати НСЗУ надавачам первинної медичної допомоги за деклараціями з лікарями, які припинили трудові відносини з надавачами первинної медичної допомоги або померли, за деклараціями пацієнтів, які померли, за деклараціями з лікарями, які змінили лікарську спеціальність, за деклараціями пацієнтів, які досягли 18-річного віку, укладеними з лікарем-педіатром, за дубльованими деклараціями, що є порушенням пункту 7 розділу II, пунктів 1 і 2 розділу IV Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, затвердженого наказом МОЗ від 19.03.2018 № 503 і зареєстрованого у Міністерстві юстиції України 21.03.2018 за № 347/31799, пункту 8 Порядку № 1117 і Порядку № 1117 зі змінами від 27.11.2019 та пункту 22 Порядку № 65. Отже, кошти державного бюджету на загальну суму 3344,5 тис. грн використано НСЗУ з порушенням законодавства.

З урахуванням виявлених за результатами аудиту фактів НСЗУ в лютому 2021 року додатково проведено верифікацію даних, внесених до реєстрів центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я, та встановлено сплату надавачам первинної медичної допомоги коштів державного бюджету у сумі 19773,4 тис. грн з порушенням чинного законодавства (у тому числі за 2018 рік – 198,0 тис. грн, 2019 рік – 2049,6 тис. грн, 2020 рік – 17525,8 тис. гривень).

Облік медичних послуг, наданих пацієнтам у 2018–2020 роках надавачами первинної медичної допомоги, не здійснювався. Як наслідок – упродовж цього періоду ризику непродуктивного і нерезультативного використання коштів державного бюджету, виділених на первинну медичну допомогу. Ідентифікацію цих ризиків і, відповідно, управління ними НСЗУ не здійснено. Через неефективні управлінські рішення НСЗУ бюджетні асигнування в сумі 276813,6 тис. грн до кінця бюджетних 2018–2020 років не використано.

Зазначене істотно впливає на сутність відображення проведених витрат у бюджетній звітності загалом, а також на отримання достатніх аудиторських доказів для об'єктивного висновку щодо достовірності бюджетної звітності за 2018, 2019, 2020 роки.

Отже, наявні усі підстави для відмови в наданні висновку щодо достовірності бюджетної звітності за 2018–2019 роки за КПКВК 2308020 і за 2020 рік за КПКВК 2308060.

За результатами обговорення та на підставі викладеного Рахункова палата

В И Р І Ш И Л А:

1. Звіт про результати аудиту ефективності використання коштів державного бюджету, виділених Національній службі здоров'я України на первинну медичну допомогу, затвердити.
2. Звіт про результати аудиту ефективності використання коштів

державного бюджету, виділених Національній службі здоров'я України на первинну медичну допомогу, та рішення Рахункової палати надіслати **Верховній Раді України** протягом 15 днів з дня затвердження цього Звіту.

3. Рішення Рахункової палати та Звіт про результати аудиту надіслати Комітету Верховної Ради України з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування та рекомендувати розглянути їх на засіданні Комітету.

4. Відомості про результати аудиту у формі рішення Рахункової палати надіслати **Кабінету Міністрів України** і рекомендувати:

- зобов'язати МОЗ підготувати програму 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 безкоштовно можуть отримувати у надавачів первинної медичної допомоги;

- доручити МОЗ та НСЗУ спільно з Мінфіном розробити “дорожню карту” реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення;

- доручити Мінфіну та іншим зацікавленим центральним органам виконавчої влади розглянути питання удосконалення положень частини другої статті 49 Бюджетного кодексу України щодо здійснення Казначейством України платежів за дорученням розпорядників бюджетних коштів до затвердження паспортів бюджетних програм протягом 45 днів з дня набрання чинності законом про Державний бюджет України (рішенням про місцевий бюджет).

3. Рішення Рахункової палати і Звіт про результати аудиту надіслати **Міністерству охорони здоров'я України** і рекомендувати:

- забезпечити підготовку НСЗУ проекту 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 безкоштовно можуть отримувати у надавачів первинної медичної допомоги, для включення її до законопроекту “Про Державний бюджет України на 2022 рік”;

- підготувати державний гарантований пакет 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;

- з метою покращення якості та ефективності надання медичної допомоги та медичних послуг населенню, визначення подальших шляхів розвитку, зокрема, первинної медичної допомоги розробити “дорожню карту” реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення;

- внести зміни до Порядку № 504 у частині визначення механізму забезпечення безперервності надання первинної медичної допомоги;

- при формуванні результативних показників паспорта бюджетної програми за КПКВК 2308060 дотримуватися вимог наказу Мінфіну 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;

- забезпечити дотримання вимог Інструкції № 687 у частині здійснення деталізованих розрахунків обсягу видатків, визначеного у бюджетному запиті;

- провести обґрунтовані розрахунки тарифів на надання медичних послуг, пов'язаних з первинною медичною допомогою, та коригувальних коефіцієнтів;

- забезпечити обґрунтування оптимального обсягу практики первинної медичної допомоги на одного лікаря загальної практики – сімейного лікаря, одного лікаря-терапевта та одного лікаря-педіатра;

- розглянути питання фінансування НСЗУ в обсягах, необхідних для розроблення програмного забезпечення, з метою автоматичної взаємодії центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я з іншими інформаційними системами та державними інформаційними ресурсами;

- розробити та затвердити порядки ведення реєстрів декларацій про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу; суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я; медичних спеціалістів; медичних працівників; договорів про медичне обслуговування населення; договорів про реімбурсацію;

- розробити та подати в установленому порядку Кабінету Міністрів України проєкт плану заходів щодо реалізації Концепції розвитку електронної охорони здоров'я, схваленої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 28.12.2020 № 1671-р.

6. Рішення Рахункової палати та Звіт про результати аудиту надіслати **Національній службі здоров'я України** і рекомендувати:

- підготувати проєкт 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 безкоштовно можуть отримувати у надавачів первинної медичної допомоги, для включення її до законопроєкту “Про Державний бюджет України на 2022 рік”;

- підготувати державний гарантований пакет 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;

- з метою покращення якості та ефективності надання медичної допомоги та медичних послуг населенню, визначення подальших шляхів розвитку, зокрема, первинної медичної допомоги розробити “дорожню карту” реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення;

- підготувати та подати 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 органам ліцензування); в частині включення до вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення забезпечення безперервності надання первинної медичної допомоги;

- забезпечити укладання договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій лише з використанням електронної системи охорони здоров'я;

- забезпечити контроль 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;

- забезпечити здійснення контролю в частині виконання надавачами взятих зобов'язань, передбачених умовами укладених з НСЗУ договорів про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій;

- забезпечити розміщення на вебсайті НСЗУ інформації про перелік медичних послуг, у тому числі лабораторних та інструментальних діагностичних досліджень, які пацієнту надаються безкоштовно;

- забезпечити 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;

- з метою забезпечення взаємодії з інформаційними системами та державними інформаційними ресурсами укласти договори з їх власниками;

- внести зміни 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;

- підготувати 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;

- підготувати пропозиції щодо внесення змін до Типової форми договору про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, затвердженої постановою Кабінету Міністрів України від 25.04.2018 № 410 у частині доповнення її вимогою щодо подання звіту про доходи і витрати всіма надавачами первинної медичної допомоги та в установленому порядку подати їх на розгляд Міністрові охорони здоров'я України;

- оплату надавачам первинної медичної допомоги здійснювати 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 лікарями, що надають таку допомогу;

- запровадити дієву систему внутрішнього контролю за використанням коштів державного бюджету, виділених НСЗУ на надання первинної медичної допомоги;

- внести зміни до Методики здійснення верифікації даних у реєстрах центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я, затвердженої наказом НСЗУ від 14.09.2020 № 231, у частині визначення періодичності проведення верифікації та оформлення її результатів;

- вирішити питання повернення надавачами первинної медичної допомоги безпідставно отриманих коштів державного бюджету в сумі 15427,2 тис. гривень.

7. Рішення Рахункової палати та Звіт про результати аудиту надіслати Комунальному некомерційному підприємству “Центр первинної медико-санітарної допомоги № 2 м. Вінниці”, Комунальному некомерційному підприємству “Дніпровський центр первинної медико-санітарної допомоги № 4” Дніпровської міської ради, Комунальному некомерційному підприємству “Дніпровський центр первинної медико-санітарної допомоги № 8” Дніпровської міської ради, Комунальному некомерційному підприємству “Міська поліклініка № 18” Харківської міської ради, Комунальному некомерційному підприємству “Міська дитяча поліклініка № 16” Харківської міської ради, Комунальному некомерційному підприємству “Львівська 1-а міська клінічна лікарня ім. Князя Лева”, Комунальному некомерційному підприємству “2-а міська поліклініка м. Львова”, Комунальному некомерційному підприємству “3-я міська клінічна лікарня м. Львова”, Комунальному некомерційному підприємству “4-а міська поліклініка м. Львова”, Комунальному некомерційному підприємству “5-а міська клінічна поліклініка м. Львова”, Комунальному некомерційному підприємству “6-а міська поліклініка м. Львова”, Комунальному некомерційному підприємству “Центр первинної медико-санітарної допомоги № 16” Одеської міської ради, Комунальному некомерційному підприємству “Центр первинної медико-санітарної допомоги № 2” Одеської міської ради, Комунальному некомерційному підприємству “Центр первинної медико-

санітарної допомоги № 3” Одеської міської ради, Комунальному некомерційному підприємству “Центр первинної медико-санітарної допомоги № 4” Одеської міської ради, Комунальному некомерційному підприємству “Дитяча міська поліклініка № 6” Одеської міської ради, Комунальному некомерційному підприємству “Дитяча міська поліклініка № 2” Одеської міської ради, Комунальному некомерційному підприємству “Центр первинної медико-санітарної допомоги № 3” Шевченківського району міста Києва, філія “Центр охорони здоров’я Акціонерного товариства “Українська залізниця” (Київські клінічні лікарні на залізничному транспорті № 2 та № 3), ТОВ “ДІМ МЕДИЦИНИ”, Медичному центру ТОВ “ХЕЛС КЛІНІК”, ТОВ “Сімейна клініка “Медексперт”, фізичній особі - підприємцю Татарникова Олена Юріївна.

8. Повідомити Офіс Генерального прокурора про виявлені за результатами аудиту ознаки кримінальних правопорушень.

9. Оприлюднити рішення Рахункової палати і Звіт про результати аудиту на офіційному вебсайті Рахункової палати.

10. Члену Рахункової палати Невідомому В. І. забезпечити надсилання до Верховної Ради України інформації про стан виконання об’єктами контролю цього рішення Рахункової палати протягом 45 днів з дня отримання інформації від об’єктів контролю.

11. Контроль за виконанням цього рішення покласти на члена Рахункової палати Невідомого В. І.

Голова Рахункової палати

В. В. Пацкан