

Оксана ТУЛАЙ

доктор економічних наук, професор, Західноукраїнський національний університет,
Тернопіль, Україна, o.tulai@wunu.edu.ua
ORCID ID: 0000-0002-5588-7046

Святослав НИТКА

здобувач вищої освіти ступеня доктора філософії, Західноукраїнський національний
університет, Тернопіль, Україна, isviatnt@gmail.com
ORCID ID: 0000-0002-8772-1470

ФІНАНСУВАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ: РЕАЛІЇ ТА ПРОБЛЕМИ ІМПЛЕМЕНТАЦІЇ БРИТАНСЬКОГО ДОСВІДУ В УКРАЇНІ

***Вступ.** Реформування системи охорони здоров'я України передбачає розмежування первинного, вторинного й третинного рівнів надання медичної допомоги, а також визначення переліку послуг, які надаватимуться на кожному з цих рівнів. Україні доведеться йти шляхом адаптації обраної моделі фінансування системи охорони здоров'я до національних пріоритетів та забезпечення доступності медичної допомоги. Копіювання будь-якої зарубіжної моделі без урахування вітчизняних особливостей й економічного обґрунтування неодмінно супроводжуватиметься суттєвими ризиками та не призведе до очікуваних результатів. З урахуванням окреслених аспектів, актуалізується питання імплементації британського досвіду фінансування первинної медичної допомоги в Україні.*

***Мета** – проаналізувати сучасні тенденції та проблеми щодо імплементації британського досвіду у систему фінансування первинної медичної допомоги України.*

***Результати.** Дослідження показало, що у процесі реформування системи фінансування охорони здоров'я України, без сумніву, пріоритетною для державного фінансування буде первинна медична допомога. Процес імплементації британської моделі фінансування ПМД, очікувано, породив певні складнощі та проблеми, які потребують системного наукового аналізу і нейтралізації ризиків негативного впливу на суспільний розвиток. Необхідно визнати, що складнощі під час впровадження реформи ПМД є звичною світовою практикою, а бюджетні обмеження у фінансуванні первинної ланки системи охорони здоров'я України виступають стимулом для НСЗУ щодо цільового й раціонального розподілу бюджетних коштів.*

***Висновки.** Наріжний принцип реформи “гроші ходять за пацієнтом” не був втілений на рівні первинної медичної допомоги. Проблемним аспектом реформи ПМД є те, що у 2018-2020 рр. НСЗУ не виконувала функцію організації, що займається стратегічними закупівлями якісних медичних послуг первинної медичної допомоги в інтересах громадян України, а виступала в ролі організації, що укладала договори з медичними*

зкладами. Дискутабельною вважаємо доцільність застосування капітаційної ставки, яка однозначно не стимулює сімейного лікаря до надання максимально можливого обсягу медичної допомоги пацієнту, а породжує “перекладання відповідальності” на вузькопрофільних спеціалістів. На наш погляд, у логістиці реформи ПМД принцип “гроші ходять за пацієнтом” необхідно замінити на базисну фінансову модель “гроші ходять за послугами”, яка демонструє засадничі аспекти нової парадигми реформи щодо закупівлі державою медичних послуг для населення.

Ключові слова: фінансування, бюджетні кошти, охорона здоров'я, первинна медична допомога, реформування.

Табл.: 3, бібл.: 10.

Оксана ТУЛАЙ

професор, доктор економічних наук, Західноукраїнський національний університет, Тернопіль, Україна

Святослав НИТКА

соискатель вищого образования степени доктора философии, Західноукраїнський національний університет, Тернопіль, Україна

ФИНАНСИРОВАНИЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: РЕАЛИИ И ПРОБЛЕМЫ ИМПЛЕМЕНТАЦИИ БРИТАНСКОГО ОПЫТА В УКРАИНЕ

Введение. Реформирование системы здравоохранения Украины предусматривает разделение первичного, вторичного и третичного уровня оказания медицинской помощи, а также определение перечня услуг, предоставляемых на каждом из этих уровней. Украине придется идти по пути адаптации выбранной модели финансирования системы здравоохранения к национальным приоритетам и обеспечению доступности медицинской помощи. Копирование любой зарубежной модели без учета отечественных особенностей и экономического обоснования обязательно будет сопровождаться существенными рисками и не приведет к ожидаемым результатам. С учетом обозначенных аспектов актуализируется вопрос имплементации британского опыта финансирования первичной медицинской помощи в Украине.

Цель – проанализировать современные тенденции и проблемы имплементации британского опыта в систему финансирования первичной медицинской помощи Украины.

Результаты. Исследование показало, что в процессе реформирования системы финансирования здравоохранения Украины, несомненно, приоритетной для государственного финансирования будет первичная медицинская помощь. Процесс имплементации британской модели финансирования ПМП, ожидаемо, породил определенные сложности и проблемы, требующие системного научного анализа и нейтрализации рисков негативного влияния на общественное развитие. Необходимо признать, что сложности при внедрении реформы ПМП являются обычной мировой практикой, а бюджетные ограничения в финансировании первичного звена системы здравоохранения Украины выступают стимулом для НСЗУ к целевому и рациональному распределению бюджетных средств.

Выводы. Концептуальный принцип реформы “деньги ходят за пациентом” не воплощен на уровне первичной медицинской помощи. Проблемным аспектом реформы ПМП является то, что в 2018–2020 гг. НСЗУ не выполняла функции организации, за-

нимаюющейся стратегическими закупками качественных медицинских услуг первичной медицинской помощи в интересах граждан Украины, а выступала исключительно в роли организации, заключающей договоры с медицинскими учреждениями. Дискутабельной считаем целесообразность применения капитационной ставки, которая однозначно не стимулирует семейного врача к предоставлению максимально возможного объема медицинской помощи пациенту, а порождает “переложение ответственности” на узкопрофильных специалистов. На наш взгляд, в логистике реформы ПМП, принцип “деньги ходят за пациентом” необходимо заменить базисной финансовой моделью “деньги ходят за услугами”, которая демонстрирует основные аспекты новой парадигмы реформы по закупке государством медицинских услуг для населения.

Ключевые слова: финансирование, бюджетные средства, здравоохранение, первичная медицинская помощь, реформирование.

Oksana TULAI

Dr. Sc. (Economics), Prof., West Ukrainian National University, Ternopil, Ukraine,

o.tulai@wunu.edu.ua

ORCID ID: 0000-0002-5588-7046

Sviatoslav NYTKA

Degree Master, post-graduate student, West Ukrainian National University, Ternopil, Ukraine,

sviatnt@gmail.com

ORCID ID: 0000-0002-8772-1470

PRIMARY MEDICINE FUNDING: REALITIES AND PROBLEMS OF IMPLEMENTATION OF THE BRITISH EXPERIENCE IN UKRAINE

Introduction. In Reforming Ukraine’s health care system involves distinguishing between primary, secondary and tertiary levels of health care, as well as determining the list of services to be provided at each of these levels. Ukraine will have to adapt its chosen model of health care financing to national priorities and ensure the availability of health care. Copying any foreign model without taking into account domestic peculiarities and economic justification will inevitably be accompanied by significant risks and will not lead to the expected results. Taking into account the outlined aspects, the issue of implementation of the British experience of financing primary health care in Ukraine is topical.

The purpose of the article is to monitor current trends, identify and analyze problems related to the implementation of the British experience in the system of financing primary health care in Ukraine.

Results. The study showed that in the process of reforming Ukraine’s health care financing system, primary health care will undoubtedly be a priority for public funding. The process of implementation of the British model of financing PMD, as expected, has created certain difficulties and problems that require systematic scientific analysis and neutralization of the risks of negative impact on social development. It must be acknowledged that the difficulties in implementing PMD reform are a normal world practice, and budgetary constraints on the financing of the primary care system of Ukraine are an incentive for the NHS to target and rationally allocate budget funds.

Conclusions. The cornerstone of the “money follows the patient” reform principle has not been implemented at the primary care level. A problematic aspect of the PHC reform is that in 2018–2020 the NSSU did not perform the function of an organization engaged in strategic procurement of quality

primary health care services for the benefit of Ukrainian citizens, but acted exclusively as an organization concluding contracts with medical institutions. We consider debatable the expediency of applying the capitation rate, which clearly does not encourage the family doctor to provide the maximum possible amount of medical care to the patient, but creates a “transfer of responsibility” to narrow specialists. In our opinion, in the logistics of PMD reform, the principle of “money follows the patient” should be replaced by the basic financial model of “money follows services”, which demonstrates the fundamental aspects of the new reform paradigm for public procurement of medical services.

Keywords: financing, budget funds, health care, primary health care, reform.

JEL Classification: H51; I18.

Постановка проблеми. Реформування системи охорони здоров'я України передбачає розмежування первинного, вторинного й третинного рівнів надання медичної допомоги, а також визначення переліку послуг, які надаватимуть на кожному з цих рівнів. У зв'язку з цим важливим є досягнення балансу між фінансуванням та кількістю і якістю послуг, що надають пацієнтам. При цьому необхідно, щоб був забезпечений рівний і справедливий доступ населення до медичних послуг.

Вибір моделі фінансування охорони здоров'я – це результат прийняття складного економічного й політичного рішення, що демонструє соціальні цінності та пріоритетні вектори розвитку держави. Світові моделі фінансування систем охорони здоров'я зазнають еволюційних логістичних змін та модернізації механізмів функціонування. Однак, яку б модель не використовували, об'єктивних доказів того, що саме вона є найефективнішою, немає. Тому Україні, яка потребує змін у системі фінансування охорони здоров'я, доведеться йти шляхом адаптації обраної моделі до національних пріоритетів, традицій та економічних можливостей. Копіювання будь-якої моделі фінансування охорони здоров'я без урахування вітчизняних особливостей й економічного обґрунтування неодмінно супроводжуватиметься суттєвими ризиками та не приведе до очікуваних результатів. З ура-

хуванням окреслених аспектів, актуалізується питання імплементації британського досвіду фінансування первинної медичної допомоги в Україні.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Проблемам реформування системи охорони здоров'я загалом та особливостям модернізації її фінансового механізму зокрема присвятили увагу багато вітчизняних дослідників. Так, Л. Криничко та О. Мотайло до основних проблем, пов'язаних із недосконалістю фінансового забезпечення охорони здоров'я в Україні відносять відсутність чітких критеріїв оцінки ефективності використання бюджетних ресурсів на різних рівнях державного управління та закладами охорони здоров'я [1, с. 95]. Д. Драгунов стверджує, що відсутність ефективних інструментів фінансового забезпечення системи охорони здоров'я протягом багатьох останніх років унеможливають її ефективне функціонування у стратегічній перспективі, оскільки наразі вітчизняні заклади цієї сфери мають відчутну потребу у лікарях та медичному персоналі [2, с. 227].

Аналізуючи динаміку фінансування системи охорони здоров'я України, В. Чорна акцентує увагу на тому, що якщо бюджет буде зменшено під час проведення реформ, спрямованих на підвищення ефективності, то ці кошти фактично будуть виведені зі сфери охорони здоров'я і наслідком цих дій буде не лише те, що якість

і стандарти медичного обслуговування залишаться на тому ж рівні, що і сьогодні, а й значно знизиться бажання медичних працівників та політиків у подальших реформах, що, своєю чергою, призведе до занепаду української медицини загалом [3, с. 47]. Водночас В. Лехан, Л. Крячкова, М. Заярський зазначають, що розпочаті реформи характеризуються недостатньою системністю та наступністю і мають фрагментарний характер, а це значною мірою пов'язано з політичним контекстом; відсутністю затвердженої стратегії реформування, яка враховує існуючі та потенційні ризики у здійсненні перетворень; наявністю істотних прогалин у нормативно-правовому забезпеченні реформ, передусім, недостатнє їх погодження з конституційними нормами, а також нестачею підготовлених фахівців у сфері управління змінами охорони здоров'я [4, с. 8].

У контексті реформування первинної медичної допомоги М. Беланюк, О. Радзієвська, Т. Маньгора слушно наголошують, що на початкових етапах реформи терапевти та педіатри перекваліфікуватимуться на сімейних лікарів, яких не вистачає, особливо у невеликих містечках та селах [5, с. 126]. Однак це буде відбуватися без необхідної підготовки та може призвести до суттєвих лікувально-діагностичних помилок, що може призвести до погіршення стану здоров'я населення. Шлях за направленням від сімейного лікаря до спеціаліста може значно ускладнити можливість вчасного отримання медичної допомоги та призвести до фактів корупції.

Метою статті є аналіз сучасних тенденцій та проблем щодо імплементації британського досвіду у систему фінансування первинної медичної допомоги України.

Виклад основного матеріалу дослідження. Ефективність фінансування системи охорони здоров'я України залежить

від врахування певних параметрів. По-перше, це адекватне забезпечення реально існуючих потреб населення у медичних послугах. При цьому необхідно врахувати те, що попит на ці послуги завжди стабільно високий, із критичним його збільшенням у періоди епідемій, стихійних лих, військових конфліктів тощо.

По-друге, бюджет охорони здоров'я навіть в економічно розвинених країнах, де він сягає 8–15% ВВП, є дефіцитним та вимагає постійного збільшення. Як показує досвід, незалежно від моделі фінансування, що діє у країні, потреби бюджету охорони здоров'я не відповідають темпам зростання ВВП. Причинами цього є висока частота звернень за медичною допомогою, значні обсяги медичних послуг, які потребують термінового надання, висока вартість інструментальної та медикаментозної складової цього процесу тощо.

По-третє, мультикомпонентність та консервативність вітчизняної системи охорони здоров'я. Це зумовлено безліччю існуючих взаємозв'язків та потенційно можливих комунікацій між складовими на усіх рівнях медичної допомоги, складною логістикою обслуговування обладнання та потребою оновлення технологій. Зрозуміло, що для такої складної системи притаманний внутрішній супротив змінам, потрібний тривалий час для імплементації будь-яких реформ.

Сьогодні в Україні відбувається реформування старої радянської моделі охорони здоров'я, призначеної для функціонування в умовах планової економіки (так званої моделі Семашко), та формується нова модель охорони здоров'я, заснована на досвіді зарубіжних країн, зокрема Великої Британії. Таким чином, відбувається оновлення правової бази та розроблення нормативно-правового забезпечення функціонування нових інституцій [6, с. 136–137].

Вирішальним фактором на користь імплементації саме британської моделі стало те, що як модель Семашко, так і запропонована модель Беверіджа належать до державних моделей охорони здоров'я з переважним державним фінансуванням галузі. Зрозуміло, що такий перехід очікувано буде фінансово, логістично та ментально легшим як для споживачів медичних послуг, так і для надавачів.

Імплементация в Україні британської моделі фінансування переслідує досягнення наступних фундаментальних цілей.

1. Рівний та справедливий доступ до медичної допомоги: громадяни мають доступ до гарантованого переліку медичних послуг, відповідно до якого медична допомога надається безкоштовно. Таким чином, пацієнтам забезпечується певний фінансовий захист у разі захворювання, незалежно від індивідуальних ризиків.
2. Підвищення рівня якості медичної допомоги та обслуговування пацієнтів в умовах обмеженості фінансових ресурсів.

Особливість британської моделі фінансування системи охорони здоров'я полягає у створенні єдиного закупівельного агентства (NHS – Національної служби здоров'я), що виконує функцію своєрідного державного страховика в межах чітко регламентованого та гарантованого пакету медичних послуг. За аналогією з британською NHS, в Україні було створено НСЗУ – Національну службу здоров'я України. НСЗУ фінансується за рахунок бюджетних коштів та здійснює закупівлю медичних послуг для населення шляхом укладання договорів про медичне обслуговування з державними та приватними надавачами цих послуг. НСЗУ зобов'язана діяти так, аби досягти максимального ефекту від вкладених ресурсів. Під максимальним ефектом розуміється зростання показників здоров'я громадян, посилення фінансового захисту,

підвищення доступності та якості медичної допомоги. З метою впливу на поведінку надавачів медичних послуг у процесі діяльності НСЗУ використовує такі механізми, як стратегічні закупівлі медичних послуг, контракування закладів охорони здоров'я та мотивування лікарів.

На нашу думку, з економічної точки зору, імплементація британської моделі фінансування системи охорони здоров'я є цілком виправданим кроком. Оскільки жодна країна світу не зможе забезпечити охоплення медичними послугами усіх прошарків населення, якщо не буде мати у своєму розпорядженні бюджетних коштів. Застосування британського досвіду дає змогу розмежувати повноваження, завдання та функції надавачів і закупівельників медичних послуг, що створює реальні передумови для оптимізації використання бюджетних коштів. Означений дизайн реформування вітчизняної системи охорони здоров'я враховує можливості для розвитку добровільного медичного страхування та державно-приватного партнерства.

Після переходу від постатейного кошторисного фінансування закладів охорони здоров'я (моделі Семашко) до моделі Беверіджа, за якої відбувається оплата за конкретний результат, починає діяти принцип "гроші ходять за пацієнтом". Тобто фінансуються реально надані послуги, а не інфраструктура закладів охорони здоров'я. Перехід на нову модель у контексті реалізації принципу "гроші ходять за пацієнтом" вимагає створення та постійного вдосконалення електронної системи охорони здоров'я e-Health – платформи, створеної для збору та обміну медичною, фінансово-статистичною інформацією. Ця електронна система дає змогу аналізувати ситуацію щодо стану здоров'я пацієнтів, формувати ефективний план закупівлі медичних послуг та раціонально витратити кошти. У зв'язку із зазна-

ченим, з метою оперативного моніторингу, аналізу, оцінювання та коригування процесу надання медичних послуг, важливо надалі активно розвивати діджиталізацію системи охорони здоров'я України.

Основним недоліком британської моделі є те, що вона повністю залежить від бюджетного фінансування. Тобто, можна зробити припущення, що в разі збільшення дефіциту бюджетних коштів перелік гарантованих медичних послуг для громадян може скоротитися, і пацієнти будуть вимушені сплачувати за медичну послугу з власної кишені.

Водночас акцент на первинний рівень медичної допомоги об'єктивно визнається сильною стороною британської системи охорони здоров'я. Науковими дослідженнями доведено, що 70–80% від потреб людини у медичних послугах упродовж усього життя можуть бути забезпечені виключно на рівні первинної медичної допомоги. Тому на першому етапі реалізації реформи охорони здоров'я в Україні пріоритетною було обрано первинну медичну допомогу (ПМД).

Відповідно до Основ законодавства України про охорону здоров'я під первинною медичною допомогою розуміють медичну допомогу, яка передбачає надання консультації, проведення діагностики та лікування найбільш поширених хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів, здійснення профілактичних заходів; направлення відповідно до медичних показань пацієнта, який не потребує екстреної медичної допомоги, для надання йому вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги; надання невідкладної медичної допомоги у разі розладу фізичного чи психічного здоров'я пацієнта, який не потребує екстреної, вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.

Головним завданням надавача ПМД є забезпечення населення комплексними та інтегрованими послугами зі всебічної, безперервної і орієнтованої на пацієнта ПМД, яка спрямована на задоволення потреб населення у відновленні та збереженні здоров'я, попередження розвитку захворювань, зменшення потреби у госпіталізації та покращення якості життя [7]. Надавачами первинної медичної допомоги можуть бути заклади охорони здоров'я будь-якої організаційно-правової форми та фізичні особи-підприємці, які мають ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики.

Сьогодні надання первинної медичної допомоги населенню в Україні базується на засадничих принципах британської моделі, які адаптовані до вітчизняної практики. Насамперед, це – доступність, безпечність, своєчасність та результативність [7]. Тобто для отримання первинної медичної допомоги пацієнт має витратити мінімум часу, а безпосередньо обстеження та лікування передбачає досягнення найкращих результатів з мінімізацією ризиків медичних помилок.

Ще один важливий принцип – недискримінації та орієнтованості на людину – передбачає надання первинної медичної допомоги з урахуванням права пацієнта на вільний вибір лікаря незалежно від статі, сексуальної орієнтації, раси, кольору шкіри, національності, місця проживання, майнового стану, соціального статусу, стану здоров'я, політичних, релігійних чи інших переконань, за мовними або іншими ознаками. Принцип економічної ефективності передбачає надання первинної медичної допомоги з раціональним використанням ресурсів для уникнення неефективних витрат [7].

З огляду на британський досвід, для відшкодування витрат надавачів первинної медичної допомоги в Україні застосовується змішаний метод оплати. Базова

частина цієї оплати формується за рахунок капітаційної ставки – нормативу на одного громадянина, приписаного до відповідного постачальника допомоги (конкретного лікаря загальної практики, сімейного лікаря). Капітаційна ставка може коригуватися за допомогою відповідних коефіцієнтів, залежно від ризиків, зумовлених статевовіковою структурою контингенту пацієнтів конкретного лікаря, характером місцевості, що ускладнює умови, в яких надається допомога (зокрема останнє стосується гірських населених пунктів та сільських територій) [8]. За такої моделі фінансування надавачам ПМД періодично виплачують фіксовану суму на одну особу для надання медичних послуг відповідно до узгодженого гарантованого переліку.

Відповідно до Закону України “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” методика розрахунку тарифів і коригувальні коефіцієнти затверджуються центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я, за погодженням з центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізацію державної фінансової і бюджетної політики. Обсяг коштів Державного бюджету України, що спрямовують на реалізацію програми медичних гарантій, щорічно визначається в Законі України про Державний бюджет України як частка ВВП (у відсотках) у розмірі не менше 5% ВВП України. Видатки на програму медичних гарантій є захищеними статтями видатків бюджету.

До базової капітаційної ставки з коригувальними коефіцієнтами можуть додаватися бонусні доплати за досягнення певних встановлених договором про надання первинної медичної допомоги результатів [8]. Наприклад, доплата за високий рівень охоплення пацієнтів вакцинацією чи скринінговими програмами тощо.

З економічної точки зору, капітаційне фінансування первинної медичної допомоги дає змогу контролювати і прогнозувати загальні видатки на цю сферу вітчизняної системи охорони здоров'я. Навіть в умовах мінімальної конкуренції між постачальниками ПМД, капітаційне фінансування забезпечує ефективне використання наявних ресурсів, справедливий та рівний їх розподіл. При цьому обсяг фінансування розраховується на основі оцінювання очікуваного обсягу послуг.

Серед багатьох функцій, делегованих Національній службі здоров'я України, особливо значущими з фінансового погляду ми вважаємо наступні:

- аналіз звітності про доходи і витрати надавачів медичних послуг;
- моніторинг та проведення заходів щодо цільового та раціонального використання коштів за програмою медичних гарантій.

На основі відкритих даних та аналітичних дашбордів НСЗУ ми провели комплексний фінансово-статистичний аналіз діяльності надавачів первинної медичної допомоги у 2018–2020 рр. Охоплений період – це перші три роки впровадження в Україні нової моделі фінансування первинної ланки медичної допомоги. Завдяки інформації, що оприлюднює Національна служба здоров'я України, всі учасники процесу та сторони, зацікавлені у проведенні медичної реформи, отримують цінні інструменти для планування та моніторингу впроваджених змін.

У табл. 1 відображено основні показники, що характеризують процес впровадження нової моделі фінансування первинної медичної допомоги в Україні у 2018–2020 рр.

Як видно з даних табл. 1, наприкінці 2018 р. 623 заклади ПМД уклали договори з НСЗУ (538 комунальні, 38 ФОП, 47 при-

Таблиця 1

Основні показники, що характеризують процес впровадження нової моделі фінансування первинної медичної допомоги в Україні у 2018–2020 рр.*

	2018 рік	2019 рік	2020 рік
Суми, сплачені НСЗУ надавачам ПМД	3,447 млрд грн	16,7 млрд грн	50,324 млрд грн
Кількість медичних закладів, які підписали договори з НСЗУ	623 (у т.ч. 538 – КНП 38 – ФОП 41 – приватні)	1466 (у т.ч. 1050 – КНП 248 – ФОП 168 – приватні)	1702 (у т.ч. 1093 – КНП 397 – ФОП 212 – приватні)
Кількість укладених декларацій	22,36 млн (56% населення)	29,25 млн (70% населення)	31 млн (74% населення)
Капітаційна ставка	370 грн (зелений список) 240 грн (червоний список)	370 грн	600,48 грн

* Складено на основі [9].

ватні), яким за весь 2018 р. перерахували 3,447 млрд гривень. У цей період було введено поняття оптимального обсягу практики, що встановлює навантаження на лікаря щодо кількості підписаних декларацій: терапевт – 2000 декларацій, сімейний лікар – 1800 декларацій, педіатр – 900 декларацій. Станом на кінець 2018 р. 22,360 млн громадян обрали свого сімейного лікаря, уклавши декларації, які були зареєстровані в системі e-Health.

У 2019 р. в електронній системі охорони здоров'я було зареєстровано 29,125 млн декларацій, що становить 70% від чисельності населення України. Цього року 1466 заклади, які надають первину медичну допомогу, уклали договори з НСЗУ (1050 комунальні, 248 ФОП, 168 приватні), яким за весь 2019 р. перерахували понад 16,7 млрд гривень. З 1 квітня 2019 р. програма реімбурсації “Доступні ліки” перейшла в управління Національної служби здоров'я України і нею скористались понад 1,78 млн пацієнтів.

З початком пандемії COVID-19, яка стала випробовуванням для всіх світових систем охорони здоров'я, Національна служба здоров'я України в умовах невизначеності та завантаження продемонструвала свою ефективність у складних ситуаціях, підготу-

вавши і втілюючи відповідні зміни до Програми медичних гарантій.

У 2020 році в електронній системі охорони здоров'я було зареєстровано 31 млн декларацій – це 74% від чисельності населення України. 1702 заклади, що надають первину медичну допомогу, уклали договори з НСЗУ (1093 комунальні, 397 ФОП, 212 приватні), яким за весь 2020 р. перерахували понад 50,324 млрд гривень. На первинному рівні медичної допомоги приватні заклади та лікарі-ФОП становлять близько третини від загальної кількості закладів, за-контракованих НСЗУ.

Рахункова палата, як вищий орган аудиту в країні, здійснила державний зовнішній фінансовий контроль ефективності використання коштів державного бюджету, спрямованих Національній службі здоров'я України на первинну медичну допомогу. Такий аудит дав змогу об'єктивно оцінити стан повноти та своєчасності бюджетних надходжень у сферу первинної медичної допомоги, результативність, продуктивність та раціональність використання бюджетних коштів. Аудит, обмежений періодом 2018–2020 рр., здійснювали у містах: Львів, Одеса, Київ, Харків, Вінниця та Дніпро.

У табл. 2 відображено особливості фінансування послуг первинної медичної

Фінансування послуг первинної медичної допомоги населенню у розрізі бюджетних програм у 2018–2020 рр.*

	2018 рік	2019 рік	2020 рік
Бюджетна програма	2308020 “Надання первинної медичної допомоги населенню”	2308020 “Надання первинної медичної допомоги населенню”	2308060 “Реалізація програми державних гарантій медичного обслуговування населення”
Бюджетний запит	КПКВК 2308020	КПКВК 2308020	КПКВК 2308060
Потреба фінансування первинної медичної допомоги	13283800,0 тис. грн	15314892,9 тис. грн	20667909,1 тис. грн

* Складено на основі [10].

допомоги населенню у розрізі бюджетних програм у 2018–2020 рр.

У Звіті Рахункової палати [10] зазначено, що було порушення нормативних документів, а тому обсяги надходжень загального фонду на суму 49266602,0 тис. грн, які внесено Міністерством охорони здоров'я України до бюджетних запитів, не підтверджено детальними розрахунками. Отже, МОЗ України не змогло забезпечити належне планування бюджетних коштів для оплати послуг у сфері ПМД у 2018–2019 рр. за КПКВК 2308020 та у 2020 р. – за КПКВК 2308060.

Варто звернути увагу на те, що включені до паспортів бюджетної програми у 2018–2019 рр. за КПКВК 2308020 та у 2020 р. за КПКВК 2308060 результативні показники (табл. 3) не дають можливості оцінити ефективність бюджетної програми та достовірність її виконання, повноту досягнення цілі та мети державної політики у сфері охорони здоров'я, зокрема ПМД, на реалізацію якої і спрямовували ці асигнування.

Важливо зазначити, що Рахунковою палатою виявлено факт відсутності у Міністерстві охорони здоров'я України розрахунків, на підставі яких у 2018–2020 рр. було встановлено оптимальний обсяг практики первинної медичної допомоги на одного лікаря. Разом із цим, у результаті аналізу фактичної кількості декларацій, які було

укладено станом на 01.01.2021 р. (45 надавачів ПМД), встановлено, що їхня кількість перевищує оптимальний обсяг навантаження на лікаря первинної медичної допомоги на 28–87,5%. Це, своєю чергою, дало підстави для формування суттєвих ризиків щодо якості первинної медичної допомоги.

Загалом можна погодитися, що реформування системи охорони здоров'я в Україні відбувається за такими основними напрямками: якість медичних послуг та якість медичного обслуговування; стандартизація медичної допомоги, акредитація та ліцензування закладів охорони здоров'я; соціальне медичне страхування; децентралізація та автономізація медичних закладів; фінансування медичних закладів; регулювання цін на лікарські засоби; профілактика, діагностика та лікування окремих видів захворювань [6, с. 138].

Варто визнати, що перші три роки впровадження нової моделі фінансування показали низку логістичних та фінансових проблем у сфері надання первинної медичної допомоги. Зокрема, встановлені Рахунковою палатою факти свідчать, що у 2018–2020 рр. НСЗУ не здійснила заходів щодо гарантування ефективного використання бюджетних коштів та не забезпечила належної роботи системи внутрішнього контролю за їхнім використанням. На

Результативні показники бюджетних програм щодо забезпечення первинної медичної допомоги населенню у 2018–2020 рр.*

	2018 рік	2019 рік	2020 рік
Бюджетна програма	2308020 "Надання первинної медичної допомоги населенню".	2308020 "Надання первинної медичної допомоги населенню".	2308060 "Реалізація програми державних гарантій медичного обслуговування населення".
Результативний показник затрат бюджетної програми	1) Кількість надавачів медичних послуг, які уклали договори з НСЗУ та надають ПМД; 2) кількість лікарів, які надають ПМД населенню у межах договорів, укладених з НСЗУ.	1) Кількість надавачів медичних послуг, які уклали договори з НСЗУ та надають ПМД населенню; 2) кількість лікарів, які надають ПМД населенню у межах договорів, укладених з НСЗУ.	1) Кількість надавачів медичних послуг, які уклали договори з НСЗУ та надають ПМД населенню; 2) кількість лікарів, які надають ПМД населенню у межах договорів, укладених з НСЗУ.
Результативний показник продукту бюджетної програми	Кількість пацієнтів, які отримують медичну допомогу від надавачів медичних послуг, що надають ПМД населенню за договорами, укладеними з НСЗУ.	Кількість пацієнтів, які отримують медичну допомогу від надавачів медичних послуг, що надають ПМД населенню за договорами, укладеними з НСЗУ.	Кількість пацієнтів, які отримують медичну допомогу від надавачів медичних послуг, що надають ПМД населенню за договорами, укладеними з НСЗУ.
Результативний показник ефективності бюджетної програми	Середня кількість пацієнтів на 1 лікаря та середньозважена капітаційна ставка на місяць.	Середня кількість пацієнтів на 1 лікаря та середньозважена капітаційна ставка на місяць.	Середня кількість осіб, які отримали медичну допомогу, що надається надавачами медичних послуг з ПМД, на 1 лікаря.
Результативний показник якості бюджетної програми	1) Частка населення, задоволеного новим рівнем надання ПМД надавачами медичних послуг, що уклали договори з НСЗУ, у загальній кількості населення, що обслуговується ними; 2) частка населення, охопленого програмою державних гарантій медичного обслуговування населення для ПМД.	1) Частка населення, задоволеного новим рівнем надання ПМД надавачами медичних послуг, що уклали договори з НСЗУ, у загальній кількості населення, що обслуговується ними; 2) частка населення, охопленого програмою державних гарантій медичного обслуговування населення для ПМД.	–

* Складено на основі [10].

практиці це означає, що задекларовані у процесі впровадження реформи можливості та переваги для пацієнтів не забезпечені повною мірою. Так, порушуючи умови укладених договорів, НСЗУ здійснювала оплату послуг надавачам ПМД відповідно до кількості декларацій, однак при цьому обсяг та якість наданих медичних послуг не враховували, а облік медичних послуг,

які надавали пацієнтам на первинному рівні у 2018–2020 рр., не здійснювався взагалі. Внаслідок цього не вдалося нейтралізувати фінансові ризики щодо нерезультативного і непродуктивного використання бюджетних коштів, зокрема, асигнування у розмірі 276813,6 тис. грн до кінця бюджетних 2018, 2019 та 2020 рр. не було використано.

Висновки. У сучасному світі вплив домінуючих чинників соціального, економічного й екологічного характеру на здоров'я людини настільки різнобічний, що для його зміцнення необхідне інтегральне мислення і нова парадигма. У процесі реформування системи фінансування охорони здоров'я України, без сумніву, пріоритетною для державного фінансування буде первинна медична допомога. Процес імплементації британської моделі фінансування ПМД, очікувано, породив певні складнощі та проблеми, які потребують системного наукового аналізу та нейтралізації ризиків негативного впливу на суспільний розвиток. Необхідно визнати, що складнощі під час впровадження реформи ПМД є звичною світовою практикою, а бюджетні обмеження у фінансуванні первинної ланки системи охорони здоров'я України виступають стимулом для НСЗУ щодо цільового й раціонального розподілу бюджетних коштів.

Доводиться стверджувати, що наріжний принцип реформи “гроші ходять за пацієнтом” не був втілений на рівні первинної медичної допомоги. У 2018–2020 рр. фінансування закладів охорони здоров'я здійснювалось відповідно до кількості укладених декларацій, тобто мало чим відрізнялося від попередньої системи фінансування, яка була “прив'язана” до чисельності приписного населення. Позитивною зміною стало право пацієнта вільного вибору сімейного лікаря. Проблемним аспектом реформи ПМД є те, що впродовж досліджуваного періоду НСЗУ не виконувала функцію організації, що займається стратегічними закупівлями якісних медичних послуг первинної медичної допомоги в інтересах громадян України, а виступала в ролі організації, що укладала договори з медичними закладами. Дискутабельною вважаємо доцільність застосування капітаційної ставки, яка однозначно не стимулює сімейного лі-

каря до надання максимально можливого обсягу медичної допомоги пацієнту, а породжує “перекладання відповідальності” на вузькопрофільних спеціалістів. На наш погляд, у логістиці реформи ПМД, принцип “гроші ходять за пацієнтом” необхідно замінити на базисну фінансову модель “гроші ходять за послугами”, яка демонструє засадничі аспекти нової парадигми реформи щодо закупівлі державою медичних послуг для населення.

У контексті виявлених Рахунковою палатою порушень, підтримуємо позицію щодо необхідності у формуванні результативних показників паспорта бюджетної програми “Реалізація програми державних гарантій медичного обслуговування населення” дотримуватися вимог чинних нормативно-інструктивних матеріалів та виокремлювати показники, які дають змогу провести оцінювання ефективності бюджетної програми. Для раціонального використання кадрового потенціалу важливо оптимізувати обсяг практики, який може забезпечити сімейний лікар, лікар-терапевт чи лікар-педіатр на первинному рівні надання медичної допомоги населенню. Доцільно здійснити аргументовані розрахунки ринкових тарифів та коригувальних коефіцієнтів на весь спектр первинної медичної допомоги, адже саме ресурсоємність медичних послуг, виражена їх вартістю, має лягти в основу успішного фінансового дизайну реформи.

Список використаних джерел

1. Криничко Л., Мотайло О. *Нові підходи до фінансування системи охорони здоров'я. Аспекти публічного управління*. 2021. Т. 9, № 2. С. 86–100.
2. Драгунов Д. М. *Фінансові інструменти стратегічного розвитку сфери охорони здоров'я в умовах цифрової економіки : дис. д-ра філософії : 072. Національний університет “Чернігівська політехніка”, Чернігів, 2021. 271 с.*

3. Чорна В. В. Порівняльний аналіз фінансування сфери охорони здоров'я України та країн Європейського Союзу. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2021. № 1 (87). С. 45–49.

4. Лехан В. М., Крячкова Л. В., Заярський М. І. Аналіз реформ охорони здоров'я в Україні: від здобуття незалежності до сучасності. Здоров'я нації. 2018. № 4 (52) С. 5–11.

5. Беланюк М. В., Радзієвська О. Г., Маньгора Т. В. Трансформація системи охорони здоров'я в Україні. Інформація і право. 2019. № 4 (31). С. 119–128.

6. Барзилович А. Д. Реформування системи охорони здоров'я в Україні: стратегічні аспекти. Інвестиції: практика та досвід. 2020. № 2. С. 134–140.

7. Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.03.2018 р. № 504. URL : http://moz.gov.ua/uploads/0/4207-dn_20180319_504.pdf.

8. Про схвалення концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 р. № 1013-р. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80#Text>.

9. Оплати надавачам медичної допомоги за програмою медичних гарантій. Національна служба здоров'я України: е-Дані. URL : <https://nszu.gov.ua/e-data/dashboard/pmg-pay>.

10. Звіт про результати аудиту ефективності використання коштів державного бюджету, виділених Національній службі здоров'я України на первинну медичну допомогу. Рішення Рахункової палати від 25.05.2021 № 11-3. URL : http://www.rp.gov.ua/upload-files/Activity/Collegium/2021/11-3_2021/Zvit_11-3_2021.pdf.

References

1. Krynychko, L., Motailo, O. (2021). Novi pidkhody do finansuvannia systemy okhorony zdorovia [New approaches to health care financing]. *Aspekty*

publichnoho upravlinnia – Aspects of Public Administration, 2, 86–100 (Vol. 9) [in Ukrainian].

2. Drahunov, D. M. (2021). Finansovi instrumenty stratehichnoho rozvytku sfery okhorony zdorovia v umovakh tsyvrovoi ekonomiky [Financial instruments of strategic development of health care in the digital economy]. *Natsionalnyi universytet "Chernihivska politehnika" – National University "Chernihiv Polytechnic", Chernihiv* [in Ukrainian].

3. Chorna, V. V. (2021). Porivnialnyi analiz finansuvannia sfery okhorony zdorovia Ukrainy ta krain Yevropeiskoho Soiuzu [Comparative analysis of health care financing in Ukraine and the European Union]. *Visnyk sotsialnoi hihieny ta orhanizatsii okhorony zdorovia Ukrainy – Bulletin of Social Hygiene and Health Care Organization of Ukraine*, 1 (87), 45–49 [in Ukrainian].

4. Lekhan, V. M., Kriachkova, L. V., Zaiarskyi, M. I. (2018). Analiz reform okhorony zdorovia v Ukraini: vid zdobuttia nezalezhnosti do suchasnosti [Analysis of health care reforms in Ukraine: from independence to the present]. *Zdorovia natsii – The Health of the Nation*, 4 (52), 5–11 [in Ukrainian].

5. Belaniuk, M. V., Radziivska, O. H., Manhora, T. V. (2019). Transformatsiia systemy okhorony zdorovia v Ukraini [Transformation of the health care system in Ukraine]. *Informatsiia i parvo – Information and Law*, 4 (31), 119–128 [in Ukrainian].

6. Barzylovykh, A. D. (2020). Reformuvannia systemy okhorony zdorovia v Ukraini: stratehichni aspekty [Reforming the health care system in Ukraine: strategic aspects.]. *Investytsii: praktyka ta dosvid – Investments: Practice and Experience*, 2, 134–140 [in Ukrainian].

7. Pro zatverdzhennia Poriadku nadannia pervynnoi medychnoi dopomohy. Nakaz Ministerstva okhorony zdorovia Ukrainy vid 19.03.2018 r. N504 [On approval of the Procedure for providing primary medical care. Order of the Ministry of Health of Ukraine]. (2018, March, 19). Available at: http://moz.gov.ua/uploads/0/4207-dn_20180319_504.pdf.

8. Pro skhvalennia kontseptsii reformy finansuvannia systemy okhorony zdorovia. Rozporiadzhennia Kabinetu Ministriv Ukrainy vid

30.11.2016 r. N1013-r. [On approval of the concept of health care financing reform. Order of the Cabinet of Ministers of Ukraine]. (2016, November, 30). Available at: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1013-2016-%D1%80#Text>.

9. Oplaty nadavacham medychnoi dopomohy za prohramoiu medychnykh harantii [Payments to medical care providers under the medical guarantee program]. Natsionalna sluzhba zdorovia Ukrainy: e-Dani – National Health Service of Ukraine: e-Data. Available at: <https://nszu.gov.ua/e-data/dashboard/pmg-pay>.

10. Zvit pro rezultaty audytu efektyvnosti vykorystannia koshtiv derzhavnoho biudzhetu, vydilykh Natsionalnii sluzhbi zdorovia Ukrainy na pervynnu medychnu dopomohu. Rishennia Rakhunkovoi palaty vid 25.05.2021 N11-3 [Report on the results of the audit of the effectiveness of the use of state budget funds allocated to the National Health Service of Ukraine for primary health care. The decision of the Accounting Chamber]. (2021, May, 25). Available at: http://www.rp.gov.ua/upload-files/Activity/Collegium/2021/11-3_2021/Zvit_11-3_2021.pdf.

Стаття надійшла до редакції 24.09.2021.